



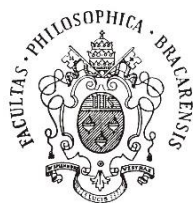
Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Apresentado à Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de mestre
em **Psicologia Clínica e da Saúde**

João Manuel Fidalgo Valadares



JULHO 2015



Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Local de Estágio: Santa Casa da Misericórdia
de Barcelos

Relatório de Estágio apresentado à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde.**

João Manuel Fidalgo Valadares

Sob a Orientação do Prof^a Doutora **Eleonora
Cunha Veiga Costa**



JULHO 2015

Agradecimentos

Este trabalho foi possível porque recebeu o contributo de várias pessoas, as quais, ainda que de formas distintas, estiveram presentes no percurso da sua realização, a elas gostaria de deixar uma palavra de sincero agradecimento.

À Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, porque aqui me foram proporcionados o contexto e os recursos que tornaram possível a intervenção que dá corpo a este relatório.

Aos utentes daquela instituição, pelo facto de me terem proporcionado uma experiência profissional e pessoal tão enriquecedora.

À Dra. Sofia Miranda, responsável pelo serviço de psicologia da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos pela sua orientação e valiosos contributos que ajudaram a moldar este trabalho.

À Professora Doutora Eleonora Costa, supervisora deste estágio, pelos incentivos e desafios que sempre me colocou, cujas orientações foram determinantes para a concretização deste trabalho.

Aos meus amigos, sobretudo pelo apoio e amizade genuína que sempre me concedem.

À minha família, que neste percurso me suscitou uma reflexão pessoal, termino com uma palavra de reconhecimento e gratidão para os meus filhos e para a minha esposa, companheira na vida, junto de quem ainda e sempre encontro um lugar de partilha, tão reconfortante no decorrer dos dias, que sempre me incentivou e me ajudou a crescer.

Dedico este trabalho à memória de meus pais. O sentimento de gratidão que lhes devo não cabe em palavras. Mesmo assim, arrisco dizer que junto deles aprendi algo que, claramente, nenhum livro nos pode ensinar, porque souberam transmitir-me o significado de amor incondicional.

Resumo

O presente relatório pretende espelhar as atividades desenvolvidas no âmbito do estágio do segundo ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais de Braga, realizado na Santa Casa da Misericórdia de Barcelos (SCMB), durante o ano letivo de 2014/2015.

O objetivo deste estágio consiste na aplicação de diversas abordagens teóricas, adquiridas ao longo do percurso académico, aos diversos contextos da atividade psicológica. Refletir sobre as práticas e as aprendizagens no contato com a realidade, desenvolvendo assim, competências adequadas, para vir a exercer a sua atividade profissional com qualidade e competência.

A estrutura do presente relatório é constituída por três partes principais: primeira parte - caracterização do contexto institucional e funções do psicólogo; segunda parte - caracterização da observação e avaliação das necessidades de intervenção; terceira parte - atividades de avaliação e intervenção psicológica.

Palavras-chave: Psicologia Clínica e da Saúde, Mestrado, Estágio

Abstract

The present report intends to present the main activities developed during the second year's internship of the Masters in Clinical and Health Psychology of the Portuguese Catholic University – Faculty of Philosophy and Social Sciences of Braga. Internship took place in Santa Casa da Misericórdia of Barcelos (SCMB), during the academic year of 2014/2015.

The main purpose of this internship is to apply distinct theoretical approaches to multiple contexts, learnt throughout the Masters, in order to be able to practice one's professional activity with accuracy and competence. This experience allows not only to establish the link between the intellectual contents acknowledged and realistic situations, but also to reflect on them and how these can be put into action in specific situations.

The report is structured in three different sections. Firstly, the institutional context and the psychological function are characterized. Then, the needs of intervention are pointed out and evaluated, summing up in the presentation of the evaluation activities, as well as the psychological interventions.

Keyword: Health and Clinical Psychology, Masters, Internship

Índice

Agradecimentos.....	I
Resumo.....	II
Abstract.....	II
Índice Geral.....	III
Índice de Anexos.....	V
Acrónimos.....	VI
Introdução	1
I - Caracterização do Contexto Institucional e Funções do Psicólogo	1
1.1 - Caracterização da Instituição	1
1.1.1 - Valência Idosa	2
1.2 - Descrição do Contexto e Funções do Psicólogo	4
1.3 - O Serviço de Psicologia na SCMB	5
1.4 - Objetivos do Estágio	5
II - Caracterização da observação e avaliação das necessidades de intervenção	6
2.1 - Metodologia da Observação	6
2.2 - Observação de Casos Clínicos	7
2.3 - Identificação e Fundamentação das Necessidades	7
2.4 - Estabelecimento de Prioridades	8
2.5 - Alvos da Intervenção	8
III - Atividades de Avaliação e Intervenção Psicológica	8
3.1 - Avaliação e Intervenção Psicológica Individual	8
3.1.1 - Avaliação Psicológica Individual	9
3.1.2 - Instrumentos de Avaliação Psicológica	9
3.1.3 - Intervenção Psicológica Individual	10
3.2 - Casos de Avaliação e Intervenção Psicológica	10
3.2.1 - Caso de Avaliação LF	11
3.3 - Atividades de Intervenção em Grupo	26
3.3.1 – Intervenção em Grupo: Treino de Competências Sociais (TCS)	26
3.3.2 - Fundamentação Teórica do TCS	26
3.3.3 - População-Alvo do Programa de Intervenção	27
3.3.4 - Objetivos do Programa de Intervenção	27
3.3.5 - Estrutura do Programa de Intervenção	28
3.3.6 - Estratégias Utilizadas no Programa de Intervenção	28
3.3.7 - Estratégias de Avaliação dos Participantes	29

3.3.8 - Programa de Intervenção em Grupo TCS	29
3.3.9 - Avaliação da Intervenção em Grupo	37
3.4 - Atividades de Formação	38
3.4.1 - Ação de Sensibilização para Funcionários da SCMB	38
3.4.2 - Fundamentação Teórica da Ação de Sensibilização	38
3.4.3 – Plano da Ação de Sensibilização	39
3.4.4 - Avaliação da Ação de Sensibilização	39
4. - Reflexão Final	40
Referências Bibliográficas	

Índice de Anexos

Pág.

Anexo I - Organograma da SCMB	46
Anexo II - Plano de Estágio.....	48
Anexo III - Cronograma de Atividades	51
Anexo IV - Casos Clínicos Observados.....	53
Anexo V - Caso Clínico 2 – Avaliação e Intervenção.....	56
Anexo VI - Caso Clínico 3 – Avaliação e Intervenção.....	64
Anexo VII - Caso Clínico 4 – Avaliação e Intervenção	70
Anexo VIII - Caso Clínico 5 – Avaliação e Intervenção	78
Anexo IX - Programa Intervenção em Grupo: Estimulação Cognitiva	87
Anexo X - Concetualização Teórica da Intervenção em Grupo.....	90
Anexo XI - Plano Organizativo do Programa TCS	93
Anexo XII - Concetualização teórica do TCS.....	95
Anexo XIII - Estrutura do Programa TCS: temas e objetivos.....	104
Anexo XIV - Racional Teórico das Sessões	106
Anexo XVI - Caraterização dos Testes Psicométricos	111
Anexo XVII – Imagens de Expressões Faciais	114
Anexo XVIII - Sinais não-verbais das emoções	116
Anexo XIX - Sinais vocais das emoções	118
Anexo XX - Competências de Escuta Ativa	120
Anexo XXI - Competências de Diálogo	122
Anexo XXII - Diferentes graus de intimidade	124
Anexo XXIII - Elogios e oferta de ajuda	126
Anexo XXIV - Adaptação da Entrevista habilidades sociais de Caballo (1987)	128
Anexo XXV - Avaliação individual – TCS	131
Anexo XXVI - Fundamentação Teórica do Treino Assertivo	138
Anexo XXVII - Questionário de avaliação de satisfação-QAS	141
Anexo XXVIII - Descrição da Ação de Sensibilização	143
Anexo XXIX - Avaliação da Ação de Sensibilização	145

Acrónimos: (lista de acordo com a ordem no texto)

SCMB - Santa Casa da Misericórdia de Barcelos

ERPPI - Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

LRDL - Lar Rainha D. Leonor

LM - Lar da Misericórdia

LNSM - Lar Nossa Senhora da Misericórdia

LSA – Lar Santo André

CSS - Centro Social de Silveiros

CMFR - Clínica de Medicina Física e Reabilitação

UCCISA - Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Santo António

SAD - Serviços de Apoio Domiciliário

SCD - Serviços Centro de Dia

OMS - Organização Mundial da Saúde

INE - Instituto Nacional de Estatística

SP - Serviço de Psicologia

MMSE - Mini Mental State Examination

EDG - Escala de Depressão Geriátrica

BLAD - Bateria de Lisboa de Avaliação da Demência

BSI - Inventário de Sintomas

AVD - Atividades de Vida Diária

EC - Escala de Cornell

PNC - Perturbação Neurocognitiva

DA – Doença de Alzheimer

TOR -Terapia de Orientação para a Realidade

RCA - Reeducação Comportamental Ativa

TR – Terapia da Reminiscência

TEC - Treino de Estimulação Cognitiva

TCS - Treino de Competências Sociais

TCC- Terapia Cognitivo-Comportamental

AVC- Acidente Vascular Cerebral

MA- Memória Autobiográfica

SOE- Sem Outra Especificação

Penso noventa e nove vezes e nada descubro;

deixo de pensar, mergulho em profundo silêncio

- e eis que a verdade se me revela.

Albert Einstein

Introdução

O presente relatório pretende descrever as atividades realizadas no âmbito do estágio curricular do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Filosofia de Braga. Foi realizado na Santa Casa da Misericórdia de Barcelos (SCMB), dirigido para a valência idosa desta instituição e decorreu durante o ano letivo de 2014/2015. A finalidade deste estágio baseou-se na aplicação das diferentes abordagens teóricas e técnicas adquiridas pelo aluno, aos diversos contextos da prática clínica, no sentido deste desenvolver competências profissionais adequadas para vir a exercer a sua atividade profissional com qualidade e competência. Para concretizar este objetivo, realizaram-se no decurso do estágio diversas atividades, nomeadamente: observação de consultas de psicologia; avaliação e intervenção psicológica individual; intervenção psicológica em grupo; e ações de formação, num contexto clínico adequado à população idosa institucionalizada.

A conceitualização das atividades e métodos utilizados, neste estágio curricular, foram delineadas a partir da observação e recolha de informação para caraterizar a instituição e proceder à avaliação das suas potencialidades e necessidades. Esta avaliação permitiu ao estagiário, conhecer as condições de trabalho e contribuiu para elaborar planos de ação e atividades adequadas, desenvolvidas no decurso do estágio, de acordo com o seguinte projeto: caraterização da instituição; descrição do contexto e do papel do psicólogo; avaliação, identificação e fundamentação das necessidades; estabelecimento de prioridades; intervenção psicológica individual; intervenção psicológica em grupo; atividades de formação, direcionada à melhoria dos recursos humanos da instituição; apresentação sumária dos planos de atividade e estratégias de avaliação do processo e dos resultados.

I - Caraterização do Contexto Institucional e Funções do Psicólogo

Como referido, este estágio curricular decorreu na Santa Casa da Misericórdia de Barcelos (SCMB). Neste ponto procurou-se caraterizar o local de estágio, clarificando o papel da Psicologia neste contexto.

1.1 - Caraterização da Instituição

A SCMB foi fundada no ano 1500, situa-se na cidade de Barcelos e está sediada no Campo da República onde se encontram os Serviços Centrais. Carateriza-se como uma instituição vocacionada para a prática de obras de caridade e culto da religião católica, tal como as restantes Misericórdias, criadas em Portugal por D. Leonor a partir de 1498. Esta

instituição desenvolve uma ação de solidariedade social digna de referência, uma vez que, coloca em prática os valores que nortearam o seu nascimento, baseados nos princípios de elevação cívica, de respeito, de confiança, de solidariedade, de responsabilidade e de eficiência, mantendo o apoio aos mais carenciados, desfavorecidos e desprotegidos.

A instituição tem como missão a promoção e desenvolvimento de respostas sociais aos grupos mais vulneráveis, direcionadas mais especificamente, para a Terceira Idade, Infância, Saúde e Religião, tentando desta forma, contribuir para o desenvolvimento da comunidade onde se insere. Para concretizar a sua missão, concentra-se fundamentalmente, na qualidade e promove acima de tudo o bem-estar dos seus utentes e dos seus recursos humanos, salvaguardando sempre, os seus valores culturais e históricos. Como garantia e otimização dos seus serviços, a SCMB tem todas as suas unidades certificadas no sistema de gestão de qualidade. Atualmente, esta instituição dá resposta social à valência idosa e à valência infantil, bem como ao nível da saúde. Globalmente presta serviços a mais de 350 idosos e 550 crianças, com um corpo de pessoal que ascende a cerca de 360 funcionários.

Para prestar os referidos serviços a instituição tem ao dispor da sociedade cinco unidades ou setores, vocacionados para a valência idosa, quatro unidades destinadas à valência infantil e duas unidades de Saúde, nomeadamente: Lar Rainha Dona Leonor; Lar da Misericórdia; Lar N^a S^a da Misericórdia; Lar Santo André; Centro Social Comendadora D. Maria Eva Nunes Corrêa (Centro Social de Silveiros); Centro Infantil de Barcelos; Infantário Rainha Santa Isabel; Creche as Formiguinhas; Centro Social de Silveiros; Atividades Tempos Livres; Creche Familiar; Clínica de Medicina Física e Reabilitação; e a Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Santo António.

Como metodologia para a caracterização da instituição, recorreu-se à observação, a contatos formais e informais com os colaboradores, à literatura referente à SCMB, como boletins, revistas e portal eletrónico da mesma. A observação decorreu em todas as unidades da valência idosa, valência infantil e unidades de saúde. No entanto, como este estágio curricular se dirige à valência idosa, aprofunda-se apenas a caracterização desta valência. Entretanto, apresenta-se em anexo o organograma da instituição, para um conhecimento mais aprofundado e geral da sua dimensão e estrutura orgânica (anexo I – organograma da SCMB).

1.1.1 - Valência Idosa

Esta valência presta diariamente, serviços de alojamento permanente a 350 utentes do concelho. Para além dos serviços de Lar, nestas unidades (Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas - ERPPI) são também oferecidas respostas à terceira idade através dos

Serviços Centro de Dia e Serviços de Apoio Domiciliário. Esta valência recebe maior dedicação da instituição, uma vez que, exige maiores cuidados, mais recursos e muita motivação dos colaboradores, no sentido de acolher os idosos e proporcionar-lhes bem-estar enquanto utentes das ERPPI. Para promover a qualidade de vida dos utentes, existem nas ERPPI os seguintes serviços de apoio: gabinete da direção, gabinete médico, enfermagem, psicologia, nutrição, animação, ginástica, cabeleireiro, estética, capela, sala de reuniões, refeitório, bar, cozinha, lavandaria e sala de convívio. Para prestar os referidos serviços a instituição tem ao dispor da sociedade cinco unidades ou setores, nomeadamente:

Lar Rainha Dona Leonor (LRDL): foi inaugurado em Junho de 1985, situa-se no centro da cidade de Barcelos e acolhe diariamente 62 utentes. O edifício é constituído por quatro pisos, tem quatro quartos individuais e vinte e oito duplos, com capacidade para sessenta utentes.

Lar da Misericórdia (LM): surgiu em 1989 como “Asilo de inválidos” acolhendo inicialmente pessoas indigentes e sem apoio familiar. Situa-se na ala norte do antigo Hospital da Misericórdia, junto ao campo da República onde presta serviços de alojamento a 38 utentes, de média e elevada dependência. Dispõe de dois quartos duplos, dez triplos e um quadruplo, encontram-se adaptados às necessidades dos utentes, com camas articuladas e casas de banho apropriadas para casos de maior dependência.

Lar N^a S^a da Misericórdia (LNSM): foi inaugurado em 1990 e situa-se na Rua Santos Júnior, no centro da cidade de Barcelos. Presta serviço de lar e centro de dia, acolhendo em regime de alojamento permanente 70 utentes e em regime diurno 25 utentes. Este lar tem capacidade para acolher setenta utentes, oferecendo quatro quartos individuais, quinze duplos e doze triplos, distribuídos por alas no 1^o andar, sendo que em cada uma destas, existe uma sala de estar e copa. No rés-do-chão ficam situados todos os serviços de apoio, antes referidos.

Lar Santo André (LSA): este lar foi inaugurado em Maio de 2002, situa-se na Rua Santos Júnior em Barcelos e presta serviços de alojamento a 52 utentes. É constituído por dois pisos, dispondo de quatro quartos individuais e vinte e quatro duplos, com capacidade para cinquenta e dois utentes, sendo que as alas dos quartos estão decoradas com cores diferentes para melhor orientação dos utentes.

Serviço de Apoio Domiciliário (SAD): iniciou a atividade em 1985 e tem a sua sede no LNSM. Este serviço é prestado a partir de duas unidades desta valência: a primeira está localizada no LNSM e serve 38 utentes do concelho; a segunda está localizada no Centro Social de Silveiros e presta serviços a 12 idosos. As equipas de trabalho deslocam-se

diariamente ao domicílio dos idosos garantindo-lhes a satisfação de necessidades básicas como alimentação, higiene pessoal e habitacional, tratamento de roupas, entre outras.

Serviços de Centro de Dia (SCD): está instalado no edifício do LNSM, iniciou a sua atividade em 1996 e presta serviços de acolhimento diurno a 25 idosos. Os serviços prestados por esta valência compreendem todas as refeições, desde o pequeno-almoço até ao jantar, bem como higiene pessoal, tratamento de roupas, animação e atividades desportivas devidamente organizadas e acompanhadas por técnicos da área. O transporte dos idosos é assegurado pela instituição.

Centro Social de Silveiros (CSS): foi inaugurado em 2003, localiza-se na freguesia de Silveiros, e concentra uma grande diversidade de serviços de apoio às duas valências, idosa e infantil. Na área destinada à valência idosa presta serviços de lar a 20 utentes e serviço de apoio domiciliário a 12 utentes. Esta valência encontra-se equipada com sete quartos duplos e sete quartos individuais, com janelas viradas para um agradável jardim, sendo que todos eles possuem casas de banho privadas devidamente equipadas.

1.2 - Descrição do Contexto e Funções do Psicólogo

O envelhecimento da população mundial vem crescendo de forma acelerada, nas últimas décadas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2000, existiam 600 milhões de indivíduos acima de 60 anos, as previsões estimam que em 2025, existirão 1,2 biliões e, em 2050, chegará a dois biliões (OMS, 2007). De acordo com as projeções para Portugal, realizadas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), a população com mais de 65 anos de idade, terá um aumento impressionante, passando de 17,4% em 2008 para 32,3% em 2060 (INE, 2009). Perante esta impressionante alteração demográfica, a nível mundial e nacional, deve prestar-se mais atenção à população idosa, promovendo o envelhecimento como um processo, que procura otimizar as oportunidades para a saúde, e manter a participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento. Tal implica que haja autonomia, sentido de controlo, independência, qualidade de vida e expectativa de vida saudável (Paúl & Fonseca, 2005). É neste sentido que o papel do psicólogo se torna relevante, já que a velhice traz consigo um maior risco da vulnerabilidade e das disfunções. Assim as principais atuações do psicólogo na área dos idosos são: avaliação psicológica; intervenção psicológica; psicoterapias individuais e grupais; reabilitação cognitiva dos idosos; orientação e aconselhamento a familiares dos idosos; execução de programas de promoção em saúde; participação em equipas multiprofissionais, para o bem-estar dos idosos. As intervenções psicológicas devem

considerar algumas peculiaridades dessa fase da vida: frequente associação entre uma doença física e sintomas mentais; diminuição das capacidades funcionais; maior probabilidade e acentuação das reações adversas a medicamentos; frequente presença de problemas psicológicos e sociais que acompanham os orgânicos e estado de humor alternado (Neri, 2005).

1.3 - O Serviço de Psicologia na SCMB

O serviço de psicologia (SP) da SCMB, em sintonia com a literatura, procura colmatar as necessidades identificadas, proporcionando respostas diversificadas, que se ajustem às características dos utentes, preservando os valores e objetivos institucionais, apostando em atividades e projetos que promovam competências sociais, cognitivas e emotivas. O objetivo principal prende-se com o acompanhamento de casos clínicos individuais sinalizados pelos médicos, enfermeiros e direção técnica, afetos aos respetivos lares. Os utentes são encaminhados quando se denota a necessidade de um acompanhamento psicológico, sendo os principais motivos de encaminhamento, as perdas progressivas de autonomia, alterações emocionais e do comportamento devido à entrada no Lar (agitação, inquietação, rigidez), quadros demenciais, alterações cognitivas, depressão, e isolamento social (abandono, reforma, viuvez).

Logo que o SP recebe a ficha de encaminhamento procede à anamnese e posterior acompanhamento do utente. O acompanhamento individual de utentes inclui a observação em contexto natural, a avaliação e acompanhamento psicológico, entre outras atividades como a estimulação cognitiva, procurando estimular a interação social e capacidades cognitivas, como a memória, a concentração, a atenção, a linguagem, o cálculo e habilidades motoras dos utentes. Os acompanhamentos englobam vários procedimentos: avaliação e intervenção psicológica individual e em grupo, apoio no processo de adaptação ao lar, relatórios psicológicos e de encaminhamento, reuniões de equipa e atendimento a familiares quando relevante ou solicitado.

1.4 - Objetivos do Estágio

O objetivo geral do presente estágio curricular consiste em proporcionar nas várias vertentes, a aplicação das diferentes abordagens teóricas aos diversos contextos da atividade psicológica e promover o contato e a aprendizagem de boas práticas, possibilitando desta forma ao estagiário, desenvolver competências profissionais adequadas para vir a exercer a sua atividade profissional com qualidade, competência e autonomia. Para concretizar este

objetivo geral, contribuem os objetivos específicos que visam a aquisição de competências nas áreas de observação, avaliação e intervenção psicológica individual e grupal: aprofundar conhecimentos em relação ao processo psicopatológico, distúrbios psicológicos, processos de reestruturação cognitiva, reabilitação psicossocial e neuropsicológica dos utentes; adquirir capacidade para trabalhar e colaborar em equipas multidisciplinares; aprofundar conhecimentos sobre a elaboração de diagnósticos multiaxiais e diferenciais; aprofundar conhecimentos sobre a utilização de métodos mais adequados à intervenção psicológica; adquirir competências nas áreas da formação para implementação de programas de ação.

II - Caraterização da Observação e Avaliação das Necessidades de Intervenção

A Psicologia Clínica como ciência da conduta humana baseia-se, principalmente, na observação e análise aprofundada dos casos individuais, tanto normais como patológicos, podendo estender-se aos grupos (Pierón, 1968; cit in Ribeiro & Leal, 1996).

2.1 - Metodologia da Observação

A observação consiste no ato de ver com atenção, e tecer considerações a partir de um determinado ponto de vista. Enquadrada no processo evolutivo da psicologia como ciência, a observação como técnica científica, é sistematicamente planeada, submetida a verificações e controlos de validade e precisão, tornando-se numa ferramenta de extrema importância para a recolha de dados sobre o comportamento e o ambiente. Posteriormente ao processo de observação, o psicólogo é capaz de identificar possíveis dificuldades e problemáticas permitindo-lhe escolher a técnica ou técnicas de avaliação e intervenção, mais adequadas para atingir os objetivos definidos, (Sampaio & Cano, 2007). A avaliação de necessidades de intervenção, bem como a análise dos recursos no contexto institucional é de extrema importância para a realização de um projeto de intervenção, que seja pertinente e venha a dar respostas a essas mesmas necessidades (Trindade & Teixeira, 2007).

De acordo com o exposto, o período inicial do estágio destinou-se à observação da instituição, visando conhecer o seu funcionamento. Procedeu-se à recolha de informações dos seus programas, das dinâmicas realizadas com os utentes e observação de casos clínicos, para identificar as suas necessidades. Para a recolha de dados foi utilizada como metodologia a observação naturalista, formal e informal, sistematicamente planeada, relativamente à instituição, colaboradores e utentes, e ainda através da discussão com a responsável do SP.

Em conformidade com a caraterização e avaliação das necessidades da SCMB e tendo em conta os objetivos curriculares traçados para este estágio, foram desenvolvidas as

seguintes atividades: atividades de observação; avaliação psicológica; intervenção psicológica individual; intervenção psicológica em grupo; e ações de formação, de acordo com o plano geral de estágio (anexo II) e cronograma de atividades (anexo III).

2.2 - Observação de Casos Clínicos

Durante o período inicial deste estágio, para além da observação na valência infantil, observaram-se 16 casos clínicos, na valência idosa. Foram selecionados e remetidos para anexo 12 casos, um de cada problemática, sendo apresentados resumidamente no (anexo IV).

2.3 - Identificação e Fundamentação das Necessidades

A observação permitiu proceder à avaliação das necessidades da instituição verificando-se a existência de consultas encaminhadas pela Direção Técnica, Médico e Enfermeiras, para o serviço de psicologia, com vista a intervir junto de utentes que apresentam problemas, com diagnóstico de demências tipo alzheimer, esquizofrenia, ansiedade, depressão, somatização, adaptação, entre outros. Neste sentido torna-se pertinente proceder à avaliação e intervenção psicológica junto dos utentes tanto a nível individual como grupal, implementando programas de intervenção, de forma a promover a autoestima, a motivação e a tomada de decisão; trabalhar os mecanismos de coping, a gestão do stress e da ansiedade; desenvolvimento de dinâmicas e estratégias de reabilitação cognitiva; realização de treinos de competências sociais e práticas de comunicação; promover os relacionamentos interpessoais e promover a capacidade de adaptação social à instituição de forma a melhorar o nível de qualidade de vida dos utentes.

Verificou-se também, a necessidade de implementar ações de formação junto dos colaboradores da instituição, procurando promover uma melhoria nos relacionamentos interpessoais e aquisição de práticas ocupacionais que lhes permitam uma melhor gestão emocional do stress, contribuído desta forma, para o aperfeiçoamento do desempenho profissional. Para colmatar esta necessidade, foi aplicado nesta ação de formação, uma abordagem focada no treino assertivo, procurando fornecer aos colaboradores, recursos instrumentais para a prevenção do stress e redução de conflitos, contribuindo para melhorar o bem-estar e a qualidade de vida.

2.4 - Estabelecimento de Prioridades

O resultado da referida avaliação permitiu identificar os alvos de intervenção e estabelecer como prioritárias as seguintes atividades: iniciar de imediato o acompanhamento

psicológico individual dos casos identificados; implementar um programa de intervenção psicológica em grupo para estimulação cognitiva; um programa de intervenção psicológica em grupo para treino de competências sociais; e uma ação de formação baseada no treino assertivo, destinada aos colaboradores da instituição.

2.5 - Alvos da Intervenção

Os destinatários do programa de intervenção em grupo “estimulação cognitiva” foram os utentes do Centro Social de Silveiros com défice cognitivo moderado.

Os destinatários do programa de intervenção em grupo “treino de competências sociais” foram os utentes do Lar N^a S^a da Misericórdia, sem patologias demenciais em estado avançado que impossibilitem a interação num programa de intervenção em grupo.

Os destinatários da ação de formação “treino assertivo” foram os colaboradores da valência infantil da instituição.

III - Atividades de Avaliação e Intervenção Psicológica

3.1 - Avaliação e Intervenção Psicológica Individual

No plano de acompanhamento psicológico deve ser programada uma intervenção de acordo com a situação de cada utente, que dê respostas às suas necessidades. Assim, este estágio compreendeu a nível individual, as seguintes atividades: acompanhamento de seis casos clínicos nos quais serão observados o funcionamento estrutural psíquico e o funcionamento dos distúrbios psicológicos presentes nos utentes da instituição; realização de entrevistas de anamnese no sentido de recolher informação sobre o estado mental e história de vida (desenvolvimental, familiar e clínica). Além disso, ter-se-á também em conta a recolha de informação verbal e não-verbal dos utentes, bem como do contexto interpessoal (McIntyre, 1999).

3.1.1 - Avaliação Psicológica Individual

Neste sentido, serão efetuadas avaliações psicológicas que, em conjunto com as entrevistas, permitem a realização eficaz do diagnóstico diferencial dos utentes (Vieira, Fay, & Neiva-Silva, 2007). Deste modo, o processo de entrevista de anamnese e as avaliações psicológicas irão permitir uma formulação adequada, para realização de propostas de intervenção que sejam pertinentes para realização de intervenção terapêutica do utente (McIntyre, 1999). A realização de intervenção individual, usando os métodos mais

adequados no âmbito da Psicologia, será delineada de acordo com a singularidade de cada caso e sob abordagens teóricas devidamente adequadas às necessidades de cada utente.

As consultas de psicologia da SCMB, tal como referido, encontram-se orientadas segundo um regime de consulta interna, sendo os casos sinalizados e encaminhados pela equipa técnica dos respetivos setores, nomeadamente, coordenadora direção técnica ou gabinete médico. Os motivos de encaminhamento são diversos, onde se pretende a avaliação, psicodiagnóstico ou a intervenção. O técnico superior de saúde de Psicologia procede à avaliação psicológica recorrendo à observação clínica, às provas psicológicas e contextualização familiar. Posteriormente dá o seu parecer e elabora um relatório de devolução com a informação clínica do utente. Esse parecer é realizado pelo psicólogo estagiário e pela psicóloga orientadora do estágio e responsável pelo serviço de psicologia da SCMB.

3.1.2 - Instrumentos de Avaliação Psicológica

A avaliação consiste na realização de testes psicológicos, que oferecem ao psicólogo um resultado estatístico e objetivo acerca do utente, do seu estado de humor, memória, atenção, orientação, ansiedade, depressão, dependência, etc. Para a realização da avaliação psicométrica a SCMB utiliza e disponibiliza aos profissionais de psicologia os seguintes instrumentos de avaliação psicológica:

Mini-Mental State Examination – MMSE (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, adaptação portuguesa de Guerreiro & et al., 1993); Escala de Depressão Geriátrica (EDG) (Yesavage, 1983, adaptado para a população portuguesa por Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003); Bateria de Lisboa de Avaliação da Demência (BLAD) de Guerreiro, M., (1998); Inventário de Sintomas – BSI (Derogatis, 1982, versão portuguesa aferida de Canavarro, 1995). Contudo, poderão ser sugeridos outros instrumentos de avaliação sintomatológica desde que cumpram os requisitos mínimos para a utilização clínica. Por uma questão de economia, apresentaram-se apenas os nomes dos instrumentos, remetendo para anexo a sua definição (anexo XVI).

3.1.3 - Intervenção Psicológica Individual

Depois de realizada a avaliação psicológica individual, verificou-se a necessidade de intervenção psicológica, sendo delineado um plano de intervenção e implementado um modelo teórico, utilizando as técnicas que melhor se adaptassem à origem e manutenção da problemática de cada sujeito. Em sintonia com a orientadora do local de estágio, considerou-

se pertinente basear a intervenção, no modelo cognitivo-comportamental e no modelo humanista.

No ponto seguinte procedeu-se a uma breve abordagem do processo de avaliação e intervenção psicológica de alguns dos casos clínicos, acompanhados ao longo do período de estágio, apresentados seguidamente (quadro 1). O caso clínico número um é o estudo de caso principal sendo apresentado no presente relatório. Os restantes casos também foram sujeitos a intervenção psicológica, mas, por uma questão de economia, foram reportados para anexo: Caso 2, anexo V; Caso 3, anexo VI; Caso 4, anexo VII; Caso 5, anexo VIII.

Os casos clínicos reportados para anexo seguem a mesma configuração do caso principal, apresentando a seguinte estrutura: Identificação; Problema; História do Problema; História Desenvolvidamental e Psicossocial; História Clínica; Exame do Estado Mental; Avaliação Psicológica/Psicométrica; Diagnóstico; Diagnóstico Diferencial; Concetualização Teórica; Formulação de Objetivos de Intervenção: Intervenção Psicológica e Avaliação de Resultados.

3.2 – Casos de Avaliação e Intervenção Psicológica

Quadro 1 - Casos submetidos a avaliação e intervenção

Caso clínico 1: Este caso é apresentado de seguida no presente relatório.

Caso clínico 2:

Identificação - RC, tem 87 anos, é viúva, tem três filhos, utente do LSA; Problema - foi encaminhado para o SP para se proceder a estimulação cognitiva; Avaliação Psicométrica - resultado do MMSE=5 pontos – défice cognitivo; EDG=9 pontos, muito próximo de Depressão ligeira (11-20); Diagnóstico - Perturbação Neurocognitiva Não Especificada; Intervenção - estimulação cognitiva, (TOR) e Terapia da Reminiscência, (TR).

Caso clínico 3:

Identificação - MR, 85 anos, solteira, não tem filhos, institucionalizada no CSS; Problema - foi encaminhado para o SP devido a comportamento desadequado e dificuldades em aceitar as regras do lar; Avaliação Psicométrica - resultado do MMSE=25 pontos – sem défice cognitivo; EDG=2 pontos, ausência de Depressão; Diagnóstico – Sem diagnóstico; Intervenção - psicoeducação quanto às rotinas do lar, e respeito pela privacidade dos outros.

Caso clínico 4:

Identificação - LM, 93 anos, é viúva, tem uma filha, está institucionalizada no LRDL; Problema - encaminhada pela diretora técnica do LRDL, para estimulação cognitiva; Avaliação Psicométrica - resultado do MMSE=20 pontos – défice cognitivo; resultado da

EDG=12 pontos - depressão ligeira; Diagnóstico - PNC devido a Doença de Parkinson; Intervenção - estimulação cognitiva, TOR, TR, psicoeducação acerca da alimentação.

Caso clínico 5:

Identificação - MS, sexo feminino, 82 anos, está institucionalizada no LRDL; Problema - encaminhada para o SP para estimulação cognitiva; Avaliação Psicométrica - resultado do MMSE=11 pontos – défice cognitivo; resultado da EDG=19 pontos – depressão ligeira; Diagnóstico - Perturbação Neurocognitiva major devido a doença de Alzheimer possível, sem perturbação de comportamento; Intervenção - estimulação cognitiva, TOR, TR, Reeducação Comportamental Ativa.

3.2.1 - Caso de Avaliação e Intervenção Psicológica de LF

Identificação

LF nasceu em 28 de janeiro de 1932, tem 83 anos, é natural de Alijó, Barcelos e residia anteriormente em São Salvador do Campo, Barcelos, é viúva, era Técnica Auxiliar de Ação Educativa, tem a quarta classe e não tem filhos. De momento está reformada e institucionalizada no LNSM da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos. Alguns dados foram obtidos através da consulta do processo clínico e junto da equipa técnica do lar, uma vez que, a utente não recorda a idade nem data de nascimento e não tem consciência que está reformada e institucionalizada.

Problema/Motivo do Encaminhamento

LF foi encaminhada pela Diretora Técnica do LNSM, para avaliação psicológica, devido a confusão mental, desorientação e suspeita de doença de Alzheimer. Ao nível do comportamento, apresenta-se confusa em relação ao local onde se encontra visto que não o reconhece, referindo que vem ali às vezes mas, tem que ir trabalhar e depois vai para casa porque vive sozinha e tem de fazer tudo, tratar dos animais, limpar a casa e fazer a comida. Este problema está relacionado com o processo demencial (Zanini, 2010).

História do Problema

Através da entrevista de anamnese aplicada à utente não foi possível obter informações que permitissem conhecer a história do seu problema. Perante cada questão colocada respondia invariavelmente *“tive um derrame cerebral e estou muito esquecida”* (sic). Por vezes dizia que teve um há pouco tempo, outras vezes referia que teve dois, um agora e outro há muito tempo, mas não consegue precisar há quanto tempo nem o local onde ocorreu.

De acordo com as informações obtidas junto da equipa técnica do lar, LF vivia sozinha, levantava-se a meio da noite e ia para a rua acordar os vizinhos à procura de lenha para a lareira. A casa já estava cheia de lenha e fazia grandes fogueiras à entrada de sua casa durante a noite. LF é uma pessoa bastante conhecida e estimada na terra onde vivia. Os vizinhos e as primas preocupados com o seu comportamento decidiram contactar o irmão que está no Brasil e informá-lo do comportamento da irmã. Entretanto LF fechou-se em casa, os vizinhos estranharam o seu desaparecimento e chamaram a Guarda Nacional Republicana (GNR) e os bombeiros alegando que já não viam a senhora há cerca de três dias. Arrombaram a porta e encontraram a paciente desmaiada no chão da sala. Foi internada no hospital, entretanto o irmão regressou, assumiu a responsabilidade legal pela LF e perante estes acontecimentos levaram-no a achar preferível a institucionalização, tendo transitado do internamento hospitalar para a instituição em setembro de 2014.

O processo clínico de LF informa que os problemas comportamentais tiveram início durante o ano de 2012 começando a manifestar-se perdas de memória e desorientação.

História Desenvolvimental e Psicossocial

LF nasceu em Alijó, no concelho de Barcelos, no seio de uma família rural, proprietários de alguns terrenos, de nível socioeconómico baixo/médio. A mãe trabalhava na agricultura e o pai era Ferreiro, sendo a primeira de dois filhos do casal. Descreve a mãe como uma pessoa muito boa, amiga de toda a gente, carinhosa e trabalhadora e o pai como um homem honesto, trabalhador, brincalhão e muito amigo dela. Afirma que a sua relação com o pai e a mãe era muito boa. Diz que ela e o irmão eram muito unidos, muito amigos e sempre se deram bem, *“eu gostava muito dos meus pais e do meu irmão, éramos muito unidos e amigos uns dos outros, dava-nos todos muito bem”* (sic), *“os meus pais já faleceram e o meu irmão está no Brasil”* (sic). Recorda que era uma criança feliz, bem comportada e muito educada. Não se recorda da morte da mãe nem do pai, não sabe há quanto tempo faleceram e fala naturalmente da morte deles. Segundo uma prima e o irmão, a mãe faleceu quando ela tinha cerca de 11 anos e passou por um período muito difícil, mas apesar disso, teve uma adolescência normal.

A nível académico frequentou a escola primária, concluiu a 4ª classe e a sua relação com os seus colegas de escola era boa. A nível profissional, foi trabalhar na agricultura com os pais após terminar a 4ª classe. Algum tempo pós a morte da mãe foi trabalhar como empregada doméstica. Por volta dos 18 anos de idade foi com o pai para Angola onde trabalharam e permaneceu cerca de 20 anos referindo que foi um período muito feliz da sua vida. Entretanto, quando tinha cerca de 38 anos, regressou a Portugal e conseguiu emprego

numa escola primária de Barcelos, onde trabalhou como técnica auxiliar de ação educativa até à sua reforma. No entanto LF não reconhece que está reformada nem institucionalizada, uma vez que, refere constantemente, *“tenho que me despachar para ir trabalhar”* (sic). Percebe-se que gostava muito do seu trabalho e das crianças, referindo sempre *“eu gosto muito do meu trabalho, adoro as crianças, brinco com elas e ajudo-as a estudar”* (sic).

Afirma que teve uma adolescência feliz, mas, não se recorda de ter relacionamentos amorosos, não sabe como e onde conheceu o marido, não se lembra do dia seu casamento, da data, nem de quantos anos tinha quando casou. Segundo a família, LF nunca namorou, conheceu o seu marido depois de regressar de Angola, casando com ele algum tempo depois, tinha então 42 anos. Eram muito felizes, mas o casamento durou apenas cerca de 10 anos, tendo o marido morrido de cancro. LF descreve a sua relação com o seu marido como muito boa, dizendo *“gostava muito do meu marido, era muito meigo e meu amigo”* (sic). Deste casamento não tiveram filhos, ficando viúva por volta dos 52 anos de idade. Refere que o marido morreu no Brasil e o corpo não veio para cá (o que não corresponde à realidade), não se recorda da sua morte, há quanto tempo faleceu e fala da sua morte com naturalidade. Após o falecimento do marido, continuou na residência, a viver sozinha até ao início dos problemas e posterior institucionalização.

LF deu entrada na instituição em setembro de 2014. Foi o irmão que decidiu institucionalizá-la uma vez que ela não reunia condições de saúde física e mental para continuar a viver sem apoio de terceiros. Não reconhece nem aceita que lhe digam que vive no lar. No entanto diz que gosta de vir ali, vem por vontade dela, mas não sabe há quanto tempo. Refere constantemente que vai trabalhar para a escola e depois tem de ir para casa para tratar dos animais, fazer a comida, limpar a casa e dormir, *“sabe, eu vivo sozinha e tenho que fazer tudo, vou trabalhar, trato dos animais, limpo a casa e faço a comida”* (sic).

LF refere que tem boa relação com os profissionais da instituição, que se dá bem com toda a gente dali, que são boas pessoas e tratam-na bem. Está satisfeita com a instituição embora não a reconheça como tal, demonstrando facilidade de socialização e uma relação de proximidade e amizade com o pessoal da instituição e com os outros utentes, participando nas atividades desenvolvidas no lar. Quanto ao suporte familiar diz que tem visitas do irmão, mas a equipa técnica do lar diz que tem visitas das primas, raramente do irmão embora seja o responsável legal, mas está no Brasil.

História Clínica

LF refere que no passado nunca teve problemas de saúde, não teve doenças, não fez cirurgias nem esteve internada em hospitais. Diz que atualmente a sua saúde é boa, sente-se

bem, mas acrescenta *“tive agora um derrame cerebral e por isso estou muito esquecida”* (sic). Momentos depois, dizia que teve dois derrames, um agora e outro há algum tempo, mas, não sabe há quanto tempo. Refere que na sua família ninguém teve problemas de saúde, mas de seguida acrescenta *“a minha mãe foi operada de barriga aberta”* (sic). Posteriormente (na 3ª sessão), refere que fez uma operação *“fiz uma operação de barriga aberta e por isso não pude ter filhos”* (sic).

Em relação aos seus hábitos: refere que tem uma alimentação regular, come bem, come de tudo e tem sempre apetite, *“eu gosto de cozinhar, a minha comida é muito boa e faço aquilo que eu gosto”* (sic); diz que o sono é normal, dorme mais ou menos 8 horas, adormece logo que se deita, dorme bem, não acorda durante a noite, não tem pesadelos, acorda de manhã bem-disposta e não dorme durante o dia, *“sabe, eu durmo sozinha, ninguém me incomoda, a cama é jeitosa”* (sic); afirma que não fuma nem toma café; a nível ocupacional refere que o tempo é pouco para fazer tudo *“sabe, eu tenho que fazer tudo sozinha, vou trabalhar, trato da casa, dos animais e depois faço a comida”* (sic); quanto às atividades da vida diária (AVD) revela-se independente e autónoma, referindo que realiza todas as (AVD) sem ajuda nomeadamente, comer, higiene pessoal, vestir-se, caminhar, etc.

Em virtude do relato de LF ser vago e confuso, obtiveram-se informações mais fidedignas junto do processo clínico, da equipa técnica do lar e da família para clarificar a história clínica da utente. Segundo as informações obtidas junto destas fontes, LF nunca teve um derrame cerebral. Não foi a mãe que foi operada de “barriga aberta”, ela é que foi operada para retirar o útero. Não é independente e autónoma quanto às AVD, precisa de apoio parcial para a higiene pessoal. Estes factos revelam muita confusão em relação ao passado, e alterações de memória em relação a acontecimentos recentes.

De acordo com o processo clínico, LF não evidencia antecedentes psiquiátricos. Em 2014, foi consultada pelo Neurologista e o relatório revelou síndrome demencial e possível doença do tipo alzheimer, com cerca de quatro anos de evolução. A utente foi acompanhada pelo Centro de Saúde tendo procedido à realização de diversos exames durante o ano de 2014. O relatório de avaliação clínica aconselhava a institucionalização, considerando que a utente não podia continuar a viver sozinha, porque não tinha capacidade para tratar das AVD, sem ajuda. Descrevem-se de seguida os resultados dos referidos exames e relatório do médico: a visão, a audição e a eliminação é normal; as análises clínicas são normais; não têm doenças graves; removeu o útero anos antes. Expressão verbal, humor e deslocação (atividade locomotora) é normal; o comportamento é geralmente normal; sono e repouso sem alterações. Diagnóstico: síndrome demencial, desorientada. Apresenta alterações

cognitivas importantes: confusão em relação ao passado; perda significativa da memória (acontecimentos recentes); quadro demencial em evolução. Está medicada com memantina. Quanto às AVD, precisa de apoio parcial, para higiene pessoal. Tem como interesses a leitura.

Exame do Estado Mental

LF comparecia nas sessões com uma aparência limpa e asseada, cabelos alinhados sem maquiagem, roupas normais, sem adornos, aspeto cuidado e boa apresentação. É uma mulher de baixa estatura e magra, caminha normalmente, postura direita, sem deformidades físicas. Demonstra uma atitude amigável, humor e afeto normal e mantém o contato visual. A idade aparente é congruente com a idade real.

LF revela uma atividade psicomotora retardada, manifestada pela lentificação dos movimentos, da fala e do curso do pensamento. Demonstra uma atitude passiva, mantém-se na mesma posição por longo tempo, gesticulação adequada mas muito reduzida e expressão facial expressiva. Quanto à atividade psicomotora, os dados obtidos indicam que a atividade física ou comportamento motor é congruente com o funcionamento psicológico. Apresenta uma atitude reservada, limitando-se a responder às perguntas, mas mostrou-se colaborante e cooperativa esforçando-se para responder a todas as questões. O tipo de comunicação pode descrever-se como não espontâneo e a verbalização era lenta e monótona.

Ao nível da consciência, atenção, concentração e percepção LF apresenta-se: vígil e desperta aos estímulos do meio exterior; demonstra capacidade para manter o foco da atenção numa atividade e nas perguntas do avaliador, embora revele alguma dificuldade de concentração, desviando-se por vezes do assunto da conversa; percebia e interpretava os estímulos auditivos, visuais, olfativos e táteis que lhe eram apresentados durante as sessões.

Relativamente à orientação, LF revela-se: desorientada no tempo, uma vez que, não sabe há quanto tempo a mãe, o pai e o marido faleceram, ano, mês, dia da semana e dia do mês; orientada no espaço quanto a locais familiares em relação ao passado, como local de residência, distrito, país, local de trabalho; desorientada no espaço quanto a acontecimentos recentes, uma vez que não é capaz de descrever o local onde se encontra, não reconhece que está institucionalizada, nem as pessoas à sua volta. Em relação a si, está desorientada para a idade e data de nascimento, já que, não sabe quantos anos tem nem em que ano nasceu e orientada para o nome, e ainda para o nome do pai da mãe, do irmão e do marido. Quanto às demais pessoas não conhece a família, o pessoal da instituição, nem os outros utentes do lar. As informações obtidas e em falta foram conferidas e adquiridas junto de fontes confiáveis nomeadamente, do processo clínico, da equipa técnica do lar e da família.

LF revela alterações na memória recente (passado recente): de curto prazo, visto que, passados 5 minutos já não se lembra daquilo que lhe foi dito; de longo prazo porque não se lembrava do que comeu ao jantar no dia anterior, do que comeu ao pequeno-almoço, nem das visitas que teve no fim de semana; e memória remota (passado remoto), revelando-se incapaz de reter permanente a informação que lhe é transmitida e não se recorda de eventos importantes como a data nascimento, aniversário, casamento, morte dos pais e marido. Revela um afeto achatado ou embotado e humor eutímico, visto que a resposta emocional era diminuída quando se mudava de assunto não se verificando variações na expressão facial, tom de voz, postura e gestos. Não se verifica disparidade entre o afeto e o conteúdo do pensamento e como tal, o afeto/humor está apropriado ou congruente.

Quanto ao pensamento de LF verifica-se que o seu discurso é incoerente, ocorrendo inferências de conclusões ilógicas, falsas ou indevidas, visto que, não reconhece que está institucionalizada e reformada, referindo que vai para casa e trabalhar. A quantidade de ideias é escassa e lenta, uma vez que, tem dificuldades em iniciar e manter uma conversa, respondendo apenas às questões que lhe são colocadas e de forma bastante lenta. No entanto, apesar das suas ideias não terem conexão com a realidade, não existem motivos para preocupação quanto à presença de ideias que possa representar um perigo, tendo revelado que não tem ideação suicida, homicida e de agressão. Em relação ao juízo crítico LF revela-se incapaz de se autoavaliar adequadamente, não tem uma visão realista de si mesmo, não tem capacidade de julgamento para tomar decisões diárias, para estabelecer prioridades e prever consequências. Não revela insight, uma vez, que não tem consciência do seu estado emocional, da sua doença e as consequências desta sobre si, as pessoas que o cercam e a sua vida em geral. LF apresenta uma linguagem clara, fala normalmente, de forma lenta, em tom baixo, com gestos e postura adequados, mantêm o contato ocular e apresenta uma expressão facial serena, com alguns sorrisos quando é elogiada.

Relativamente às funções psicofisiológicas, LF não tem insónia inicial, terminal ou no meio da noite, sonambulismo, terror noturno, apnéia do sono, alterações do ciclo sono-vigília, nem diminuição da necessidade de sono. Declara que adormece logo que se deita, dorme bem, não acorda durante a noite, acorda de manhã bem-disposta, não tem pesadelos, dorme mais ou menos 8 horas e não dorme, nem tem sono durante o dia. Refere que tem uma alimentação regular, come bem, come de tudo e tem sempre apetite. Revela-se independente e autónoma, referindo que realiza todas as atividades da vida diária (AVD) sem ajuda, no entanto, a equipa técnica do lar diz que precisa de apoio parcial para a higiene pessoal.

Avaliação Psicológica/Psicométrica

Após a avaliação do estado mental de LF procedeu-se à aplicação dos seguintes instrumentos para avaliação psicológica/psicométrica: Mini-Mental State Examination (MMSE) para avaliar o grau de défice cognitivo; Escala de Cornell (EC) e Escala de depressão Geriátrica (EDG) para avaliar estado depressivo.

Resultados dos testes: no MMSE, obteve uma pontuação total de 21 pontos revelando que apresenta défice cognitivo, visto que o ponto de corte para as suas habilitações é de 22. Discriminadamente obteve na orientação 5/10; na retenção 3/3; na atenção e cálculo 5/5; na evocação 0/3; na linguagem 8/8; e nas habilidades construtivas 0/1. A Escala de Cornell para Depressão na Demência = 0, indica que não se encontra deprimida e a EDG = 4/30 indica que não tem sintomas depressivos. As duas escalas concordam que LF não apresenta depressão.

Diagnóstico

331.9 (G31.9) Perturbação Neurocognitiva Major devido a doença de Alzheimer possível, sem perturbação de comportamento.

Diagnóstico Diferencial

Outras Perturbações Neurocognitivas. Na Perturbação Neurocognitiva (PNC) devido a doença de Alzheimer, os défices cognitivos deverão ser de início insidioso e de progressão gradual. As PNC major ou ligeira, devidas a outro processo neurodegenerativo (por exemplo, doença dos corpos de Lewy, degeneração lombar frontotemporal), também têm início insidioso e declínio progressivo, mas têm características próprias distintas. Na PNC vascular major ou ligeira, existe em geral uma história de acidente vascular cerebral relacionado temporalmente com o início do défice cognitivo e os enfartes são considerados suficientes para serem responsáveis pelo quadro clínico. Ora, de acordo com a história clínica e exames laboratoriais, não é o caso LF porque, não existe evidência de acidente vascular cerebral.

Perturbação Depressiva Major. A presença de depressão pode estar associada a uma diminuição do funcionamento diário e a dificuldades de concentração que pode assemelhar-se uma PNC, mas a melhoria do quadro com o tratamento para a depressão pode ser útil para fazer a distinção. Também não explica melhor a sintomatologia, uma vez que, LF não apresenta sintomatologia depressiva.

Delirium. No delirium os sintomas desenvolvem-se num curto espaço de tempo (em geral horas a dias), representa uma alteração relativamente a um nível anterior de atenção e consciência, e a sua gravidade tende a flutuar durante o dia, o que não se verifica com LF.

Perturbação Neurocognitiva major ou ligeira devido a outra condição médica. Nesta perturbação existe evidência, a partir da história, exame físico ou exames laboratoriais de que a perturbação neurocognitiva é consequência fisiopatológica direta de outra condição médica. Os défices cognitivos não são melhor explicados por outra perturbação mental ou neurocognitiva como a doença de Alzheimer. Considerando a história, exame físico ou exames laboratoriais, não é o caso de LF.

Concetualização Teórica

O envelhecimento revela no indivíduo, mudanças psicológicas e sociais, que podem provocar alterações comportamentais, défices de cognição, de memória, linguagem, funções executivas, interferindo na autonomia, no desempenho social ou profissional do indivíduo. Estas alterações podem adquirir diversas formas, desde estados de ansiedade até crises de agressividade (Cruz & Hamdan, 2008; Zanini, 2010). A mais frequente destas afeções é a doença de Alzheimer, está tipicamente associada ao envelhecimento do ser humano, verificando-se um aumento da prevalência a partir dos sessenta e cinco anos de idade. A (DA) representa mais ou menos 50% dos casos nas séries clínicas dos hospitais e entre 70-80% do total dos casos nas séries anatomopatológicas (Camões, Pereira, & Gonçalves 2005). As demências podem ser classificadas em duas categorias etiológicas: as degenerativas, onde se inclui a DA; e não degenerativas, por exemplo, a Demência Vascular (Allegri, Serrano, & Delavald, 2001). A DA é uma afeção degenerativa do sistema nervoso, ou seja, as suas causas não são realmente conhecidas e manifestam-se por uma perda sistematizada, anormalmente importante, de certos grupos de neurónios. As demências degenerativas primárias definem-se como causadas por um transtorno que afeta em primeiro lugar o sistema nervoso central, e cuja etiologia não é bem conhecida na atualidade (Camões et al., 2005).

Crítérios de diagnóstico segundo o DSM V: a) estão preenchidos os critérios para perturbação neurocognitiva major ou ligeira; b) existe um início insidioso e progressão gradual do défice num ou mais domínios cognitivos; c) estão preenchidos os critérios para possível ou provável doença de Alzheimer. Para perturbação neurocognitiva major: fica excluído o diagnóstico de doença de Alzheimer provável, porque segundo a história familiar e exames laboratoriais, não há evidência da existência de uma mutação genética causadora da doença de Alzheimer; assim, estão preenchidos os critérios para perturbação neurocognitiva major doença de Alzheimer possível: clara evidência de declínio da memória e da aprendizagem; declínio gradual, continuamente progressivo, da cognição, sem períodos estacionários prolongados; não existe evidência de etiologia mista (ausência de outra doença

neurodegenerativa ou cerebrovascular, ou de outra condição neurológica, mental ou sistêmica que possa contribuir para o declínio cognitivo) (APA, 2014).

Estes défices são bastante evidentes em LF que progressivamente foi apresentando perdas de memórias cada vez mais graves, culminando com um quadro de desorientação. Os sinais apresentados anteriormente apontam para perturbação neurocognitiva major devido a doença de Alzheimer possível, sem perturbação de comportamento, sendo consistente com resultados obtidos, através da história clínica, exames laboratoriais, avaliação psicológica e avaliação psicométrica que revelam presença de défice cognitivo, moderado, dependência parcial nas AVD e níveis de ansiedade acima da média, mas ausência de depressão. Foi elaborado um plano de intervenção psicoterapêutica, e reabilitação cognitiva, visando assim o retardar da evolução dos défices cognitivos e preservar as capacidades mantidas proporcionando-lhe assim uma melhor qualidade de vida e bem-estar (Ferrari, 2001).

Formulação de Objetivos de Intervenção

As informações recolhidas permitem concluir a presença de desorientação e confusão mental desenvolvendo falsos reconhecimentos em relação à sua situação atual, uma vez que acredita que vai dormir a casa, vai tratar dos animais e tem que ir trabalhar para a escola. Estas ideias estão a provocar-lhe alterações na sua vida social e ocupacional, contribuindo para o seu isolamento e desenvolvimento de sintomatologia ansiosa.

Assim, perante o quadro apresentado, será iniciado um acompanhamento psicológico individual, de acordo com um plano de intervenção baseado em técnicas adequadas que objetivem orientar a utente no tempo e no espaço, reduzir a sua desorientação e confusão mental, contribuir para a substituição dos seus falsos reconhecimentos por ideias mais realistas, visando a redução da sua sintomatologia ansiosa. Tendo em consideração os objetivos pretendidos, parece adequado aplicar na intervenção as técnicas da Terapia de Orientação para a Realidade. Por outro lado, a utente poderia também beneficiar se fosse enquadrada no grupo terapêutico para treino de competências sociais. Após pesquisas, que avaliaram a reabilitação da memória como um todo, vários estudos passaram a investigar as técnicas mais eficazes para a reabilitação cognitiva, designadamente: a Terapia de Orientação para a Realidade; a Reeducação Comportamental Ativa; a Terapia da Reminiscência; a Reabilitação Baseada na Facilitação da Memória Implícita Residual (Camões et al., 2005).

Terapia de Orientação para a Realidade (TOR): foi desenvolvida por James Folson em 1968, com o objectivo de reduzir a desorientação e confusão e orientar o doente no tempo e no espaço, relembrando com ele, por meio de pistas ou auxílios externos, o dia do

mês, o ano, e o local onde está. É uma terapia que se baseia em algumas estratégias de repetição contínua de dados reais, da presença contínua de informações atuais e muitas atitudes de socialização. A técnica de orientação para a realidade é de natureza informal e contínua, onde a informação se realiza em cada contacto do paciente com os cuidadores (acompanhantes), os quais comentam a situação atual do paciente (onde está, de onde veio, aonde vai, dia e hora e situações que sucedem no ambiente). As informações são sempre passadas de forma clara, objetiva e paulatinamente, utilizando a comunicação pessoal (olhares, gestos, contacto físico, voz, sons) e através de objetos (como relógios, calendários, revistas, figuras, músicas, etc. Relativamente aos principais exercícios da TOR podemos referir os seguintes:

1. Exercícios guiados ou orientados para localizar situações importantes do ambiente. No caso de o paciente estar em casa, deve-se enfatizar os interruptores de luz, a existência de alarme (se tiver), local da cama, mesinhas de canto, cabeceira, etc.
2. Exercícios de identificação de cores (das paredes, piso, corredores), esquemas da planta do ambiente em que se encontram.
3. Participação guiada em tarefas do quotidiano (Terapia Ocupacional), como por exemplo, costura, cerâmica, colagem, painéis de notícias, etc.
4. Exercícios contínuos de reabilitação de memória e cognitiva, através da orientação sobre a situação e circunstância atual.

Reeducação Comportamental Ativa (RCA): é uma forma de orientação para a realidade, que pretende uma maior autonomia e adaptação da pessoa, para diminuir a sua sensação de inferioridade e dependência. Com esta terapia pretende-se uma intensificação das interações sociais para se conseguir o máximo de independência do paciente. Inicialmente deve elaborar-se um inventário das atitudes que se pretende modificar e depois, analisam-se as variáveis que podem intervir nas atitudes e as modificações ambientais e pessoais de modo a obter os objetivos pretendidos. Todas as técnicas de orientação para a realidade procuram aumentar a frequência de contactos sociais, a troca verbal, o incremento da autonomia da marcha e mobilidade, a diminuição das condutas perigosas, inadequadas e ineficazes, a orientação espacial e temporal, a higiene corporal, a participação em atividades de grupo, etc. (Camões et al., 2005).

Terapia da Reminiscência (TR): é uma técnica de orientação para a realidade, que visa estimular a memória remota do paciente, com factos significativos de sua vida, por meio de figuras, músicas, jogos e outros estímulos relacionados com a juventude dos pacientes. Esta técnica tem sido muito utilizada para recordar emoções vividas previamente, gerando

maior sociabilização e entretenimento como parte da terapia. Esta terapia utilizou-se com o objetivo da utente recordar experiências ou fatos, aos quais associasse prazer, analisando desta forma o passado, a adaptação a transições, a aquisição de conhecimentos, a comunicação com os outros e a promoção da autoimagem do paciente. Com a utilização desta técnica pretendia-se também diminuir a sintomatologia depressiva do utente.

Reabilitação Baseada na Facilitação da Memória Implícita Residual: o objectivo desta técnica é fornecer informações úteis para resolver problemas do dia-a-dia, que apoia o doente, mas também a sua família e os técnicos. A memória de procedimento de pacientes com Doença de Alzheimer leve é semelhante à de idosos sem doença. Assim, através deste sistema de memória estes pacientes podem aprender novas informações ou reter conhecimentos, podendo também beneficiar de técnicas como: aprendizagem sem erro, aprendizagem de habilidades sensoriomotoras, técnica de redução de pistas, técnica de ampliação do intervalo de evocação. Atualmente, os estudos demonstram que a memória implícita de pacientes com Doença de Alzheimer está relativamente preservada na fase inicial, revelando que há aspetos da memória que não estão afetados. Assim, estes pacientes preservam ainda uma certa capacidade de aprendizagem, podendo ser estimulados e reabilitados (Camões et al., 2005).

Intervenção Psicológica

Na fase inicial da intervenção Psicológica com LF estabeleceu-se uma relação terapêutica baseada na empatia, na compreensão, na confiança e no apoio incondicional. Depois de estabelecida a relação, procedeu-se à recolha de informação da história clínica da paciente. Numa fase seguinte avaliaram-se os sintomas apresentados, começando por aplicar, o MMSE, a EC e a EDG. De salientar que se utilizava em todas as sessões: a terapia de orientação para a realidade, com a finalidade de orientar a paciente no tempo e no espaço; a Terapia da Reminiscência, com o intuito da paciente recordar experiências ou fatos, aos quais associasse dor ou prazer (Aberg, Hepworth, Lithell O'Reilly, & Sidenvall, 2005; cit in Gonçalves, Albuquerque, & Martín, 2008). Com a realização desta terapia, pretendeu-se que LF recorda-se situações vividas, analisando desta forma o passado, a adaptação a transições, a aquisição de conhecimentos, a comunicação com os outros e a promoção da autoimagem do paciente (Maes & Puyenbroeck, 2005; cit in Albuquerque et al., 2008). A Terapia da Reminiscência pode ser utilizada de forma preventiva ou remediativa (Albuquerque, et al., 2008). Durante o processo terapêutico com LF foi utilizada de forma remediativa, dado a sintomatologia já estar instalada; a Reeducação Comportamental Ativa para intensificação das interações sociais e conseguir o máximo de independência da paciente. Foram

verificadas as atitudes que se pretendiam modificar como tentar fugir para ir trabalhar ou ir para casa, procedemos a modificações ambientais e pessoais para obter os objetivos pretendidos. Assim propôs-se ocupar a utente de modo a abstrair-se dos seus pensamentos, começando a ajudar as auxiliares a fazer as camas, por as mesas, participar nas atividades para aumentar a frequência de contactos sociais, a troca verbal, o incremento da autonomia da marcha e mobilidade.

Começamos a realizar uma vez por semana um Treino de Estimulação Cognitiva, com o objetivo de estimular a memória imediata, remota e recente, assim como estimular as funções executivas através de exercícios sobre semelhanças, diferenças sequências de ação e sequências lógicas. Foram realizados ainda exercícios para estimular a atenção e a linguagem. Tal como referem Corrêa e Silva (2009), a demência de Alzheimer é progressiva e as expectativas de melhoras são muito limitadas, deste modo, a estimulação cognitiva aplica-se no sentido de arrastar o processo degenerativo e promoção de melhoras ao nível da plasticidade cerebral, sendo que o treino de estimulação cognitiva, pode ainda ajudar a organizar a dinâmica cognitiva, do sujeito proporcionando-lhe desta forma um maior bem – estar. De ressaltar que a paciente se foi demonstrando sempre motivada à realização dos exercícios.

Plano da intervenção

A intervenção com LF teve início no dia 6 de Fevereiro de 2015, e terminou no dia 16 de Julho de 2015, sendo realizadas 22 sessões, com a duração de uma hora. As sessões decorreram sempre às quintas-feiras, no mesmo horário (salvo duas alterações). Apresenta-se seguidamente, um quadro que reflete resumidamente, as estratégias desenvolvidas ao longo do processo de intervenção.

Breve descrição das sessões:

Sessões 1, 2, 3, 4

As primeiras sessões foram dedicadas ao estabelecimento da relação empática entre o estagiário e a utente, recolha da história clínica de LF através da entrevista de anamnese da SCMB, para perceber o problema pelo qual tinha sido encaminhada.

Sessões 5, 6, 7, 8

Depois de efetuada a recolha de informação, procedeu-se nestas sessões à avaliação dos sintomas: para avaliar as alterações cognitivas, foi aplicado o MMSE e a ADAS; para avaliação da sintomatologia depressiva foi utilizada a EC e a EDG; para avaliação do suporte social, usou-se a Escala de Suporte Social; para avaliar a perceção física e psicológica de LF foi utilizado o Questionário do Estado de Saúde - SF36. A partir da

informação obtida através da entrevista clínica, e dos resultados obtidos através do material de avaliação, foi permitido proceder ao início da conceptualização do caso, permitindo desta forma, encontrar estratégias de intervenção que possibilitassem o início da remissão de alguns dos sintomas negativos apresentados pela paciente.

Devido à desorientação temporal e confusão apresentada pela utente, foi utilizada a nas sessões a Terapia Orientada para a Realidade (TOR), a Terapia da Reminiscência (TR), a Reeducação Comportamental Ativa (RCA), e exercícios de estimulação cognitiva no início de cada sessão. Todas as sessões começavam por relembrar o dia da semana, o dia do mês, o mês do ano, o ano, bem como o nome do lar em que nos encontrávamos assim como o respetivo piso. Passava-se à história de vida da utente, evocando momentos do passado que provocaram dor ou prazer (Camões et al., 2005). Inicialmente a utente demonstrava algumas dificuldades em lembrar do dia em que estávamos, mas com o passar das sessões foram encontradas estratégias que a ajudavam a lembrar, tal como olhar todos os dias os calendários que lhe ofereci (um que tinha no quarto e um de bolso). De forma a motivar a paciente, foi-lhe explicada a importância deste tipo de exercício para ajudar a que se mantivesse sempre orientada no tempo.

Devido à falta de memória, eram também realizados durante as sessões, alguns exercícios de estimulação cognitiva, nomeadamente de atenção e linguagem, (compreensão de ordens, leitura, escrita, nomeação, evocação e vocabulário) dos livros Doença de Alzheimer, exercícios de estimulação de Belina Nunes e Joana Pais (2006).

Sessões 9,10,11,12

As sessões começavam sempre pelo questionamento do seu estado de saúde, seguindo-se da TR, TOR, ou RCA. Ainda no âmbito da falta de memória, foram também aplicados alguns exercícios de estimulação cognitiva, nomeadamente exercícios de linguagem, (compreensão de ordens, leitura, escrita, nomeação, evocação e vocabulário), gnosias (reconhecimento visual, auditivo e tátil), memória imediata, memória recente (objetos, imagens, palavras, textos) e memória remota, praxias (uso de objetos, mimica e cópia de desenhos) e funções executivas (semelhanças, diferenças, sequências de ação, sequências lógicas e cálculo), dos livros Doença de Alzheimer, exercícios de estimulação de Belina Nunes e Joana Pais (2006).

Sessões 13,14,15

Tal como referido, em todas as sessões se orientava a utente no tempo recordando o dia do mês, o dia da semana, o mês, o ano, o local onde nos encontrávamos assim como o

piso do lar. Com o passar das sessões e o uso da estratégia, pôde verificar-se que a dificuldade ia diminuindo substancialmente.

Devido à falta de memória, durante as sessões eram também realizados alguns exercícios de estimulação cognitiva, nomeadamente de atenção, linguagem, gnóscias, memória, praxias e funções executivas dos livros de exercícios de Belina Nunes e Joana Pais. Neste momento, começam a verificar-se progressos ao nível da substituição dos seus pensamentos, uma vez que já aceita que lhe digam que está no lar e já não fala tantas vezes que tem que ir para casa e trabalhar para a escola.

Sessões 16, 17, 18

Nas seguintes sessões, além da Terapia para a Orientação para Realidade, dos exercícios de estimulação cognitiva insistiu-se mais na Terapia da Reminiscência. O objetivo principal era que a paciente conseguisse recordar experiências ou fatos aos quais associasse dor ou prazer (Camões et al., 2005). Desta forma, e com a ajuda do estagiário, a paciente era levada a enfrentar as suas memórias, avaliando-as de outras perspetivas, desta forma pretendia-se que LF poderia conseguir resolver os conflitos intrapsíquicos do passado (Gonçalves & Martin, 2007).

Tendo em conta que a paciente não se encontrava com sintomas depressivos, esta terapia foi utilizada mais no sentido preventivo que remediativo. Durante esta terapia a utente é encorajada a falar sobre acontecimentos importantes da sua vida ocorridos no passado, através de material como fotografia, vídeos, músicas (Wang, 2005; cit in Gonçalves & Martin, 2007). Junto desta paciente o material utilizado foram, fotografias de escolas, e de Angola, situações agradáveis que viveu e que lhe dão prazer falar.

Sessões 19, 20, 21

Estas sessões deram seguimento à estrutura das sessões anteriores, iniciando sempre cada sessão no sentido de orientar a paciente quanto ao tempo e espaço, continuando com a terapia da reminiscência. Tendo em conta o *feedback* da paciente face aos resultados obtidos através das sessões anteriores procedeu-se com a continuação dos exercícios dos livros de exercícios de Belina Nunes e Joana Pais. Relativamente ao *feedback* dado pela utente, já se encontrava capaz de atribuir significado a alguns acontecimentos de vida, assim como recordar a morte da mãe, do pai e do marido, e referir que já não trabalha na escola, sentindo como positivo o processo de intervenção efetuado durante as sessões realizadas.

Sessões 22 (última)

Na avaliação final foi aplicado o MMSE com o intuito de se verificar se tinham ocorrido algumas alterações. Os resultados revelaram que a utente obteve uma melhoria ao

nível da evocação e da habilidade construtiva. Na avaliação inicial obteve 21 pontos e na avaliação final 23 pontos, sugerindo que não apresenta déficit cognitivo, uma vez que o ponto de corte para as suas habilitações é 22 pontos, o que não corresponde à realidade, uma vez que, continua desorientada a nível temporal.

Avaliação do Estado Atual: com esta intervenção obtiveram-se melhorias significativas relativamente à confusão mental e redução da sintomatologia ansiosa, uma vez que, se libertou das suas ideias permanentes, que tinha de ir trabalhar e depois tinha que ir tratar dos animais e da lide de casa. A utente já reconhece que está reformada, já não vai trabalhar para a escola e está no lar, como voluntária. A sua ocupação, colaborando com as auxiliares a fazer as camas e outras tarefas, foi determinantes para se ver livre dos pensamentos que lhe provocavam ansiedade. Por esta razão, revela-se importante a continuação do Treino de Estimulação Cognitiva, devendo encaminhar-se a paciente para a psicóloga clínica da instituição.

3.3 - Atividades de Intervenção em Grupo

As intervenções em grupo realizadas no âmbito deste estágio visaram responder às necessidades de implementação de programas, com vista à estimulação cognitiva e promoção de competências sociais dos idosos. Assim, procedeu-se à constituição de dois grupos terapêuticos: um programa de intervenção para estimulação cognitiva e um programa de intervenção para treino de competências sociais. A intervenção em grupo de estimulação cognitiva, não se descreveu no presente relatório, foi remetida para anexo, uma vez que, o estagiário colaborou na elaboração deste programa, mas desempenhou a função de co-orientador, na realização das sessões (anexo IX). O estagiário foi responsável pela criação e implementação do programa Treino de Competências Sociais, que se apresenta de seguida, remetendo para anexo, por uma questão de economia, a conceptualização teórica da terapia de grupo (anexo X).

3.3.1 – Intervenção em Grupo: Treino de Competências Sociais (TCS)

A presente intervenção em grupo foi estruturada de acordo com o Plano Estrutural do programa TCS (anexo XI). Este TCS concretizou-se com o intuito de fornecer aos utentes, recursos que pudessem melhorar o seu funcionamento psicossocial e promover as capacidades de relacionamento social dos participantes de forma a melhorar as suas relações interpessoais. Durante o processo de planeamento deste programa de intervenção, foi realizada uma minuciosa pesquisa bibliográfica, sobre a aplicação deste Treino junto de

idosos institucionalizados. Além disso, foram avaliadas as necessidades individuais de cada utente, através da Entrevista Dirigida para o Treino de Habilidades Sociais de Caballo (1987).

3.3.2 - Fundamentação Teórica do TCS

O TCS enquadra-se nas Técnicas Cognitivo-Comportamentais, mas envolve na sua constituição teórico-prática várias bases teóricas, nomeadamente, as Teorias Sistémicas, Humanistas, Comportamentalistas e Cognitivistas que se vão refletir nas suas técnicas (Lieberman, Mueser, Wallace, Jacobs, Eckman, & Massel, 1986). Foi criado por Argyle em 1984, quando verificou que cerca de 30% dos seus pacientes com distúrbios emocionais, possuíam deficiências em competências sociais (Falcone, 2000).

O seu objetivo consiste em alterar as componentes comportamentais, cognitivas e fisiológicas que provocam esses défices e que impedem que o indivíduo tenha um bom desempenho social (Murta, 2005; Liberman, 2007). Existem evidências, em vários estudos científicos, da sua eficácia no tratamento de diversos tipos de psicopatologia e doenças mentais entre elas: a esquizofrenia, depressão, fobia social, alcoolismo, distúrbio de personalidade evitativa, no controlo da timidez, isolamento social, problemas sociais e familiares, entre outras (Wallace, 1998; Herbert, Gaudiano, Rheingold, Myers, & Nolan, 2004; Liberman, 2007; Segrin, 2009).

O TCS justifica-se pelo facto de que muitos problemas, quer emocionais, quer mentais, estarem ligados, de forma direta ou indireta, ao desempenho social do sujeito (Del Prette & Del Prette, 2003). Diversos estudos referem que o Treino pode ser aplicado a pessoas de todas as idades, de ambos os géneros, com ou sem psicopatologia, que tenham má qualidade de vida (Levitan, Range, & Nardi, 2008). No entanto, apesar da sua eficácia em várias psicopatologias, não deve ser aplicado em sujeitos com dificuldades atencionais ou motivacionais (Glaser, 1984).

Neste sentido, julgou-se pertinente a elaboração e execução do presente Programa TCS. Esta intervenção teve como finalidade o treino de competências de forma estruturada e sustentada com vista a tornarem-se mais autónomos nos seus processos de envelhecimento e melhorar a sua qualidade de vida. A descrição detalhada da concetualização teórica do TCS apresenta-se em anexo, devido à sua dimensão (anexo XII).

3.3.3 - População-Alvo do Programa de Intervenção

A população-alvo do programa de intervenção em grupo TCS foram os utentes do Lar N^a S^a da Misericórdia e Centro de Dia da SCMB. Este programa foi concebido para idosos selecionados por conveniência, tendo em conta: o nível a escolaridade; sem patologias demenciais em estado avançado que impossibilitem a interação num programa de treino de competências sociais em grupo. O grupo foi composto por 13 elementos, com idades compreendidas entre os 45 e 90 anos, de ambos os sexos.

3.3.4 - Objetivos do Programa de Intervenção

O objetivo geral do TCS consistiu em promover as capacidades de relacionamento social dos participantes. Para atingir este objetivo, foram desenvolvidos e treinados ao longo do programa, os seguintes objetivos específicos: promover a aprendizagem de competências sociais; estimular competências de observação; promover a compreensão da comunicação verbal e não-verbal; fomentar a compreensão da interação social; aumentar a capacidade para lidar com situações geradoras de ansiedade; garantir uma maior autonomia do participante; promover comportamentos assertivos; promover o aumento da autoestima; prevenir e diminuir o isolamento social; melhorar a qualidade de vida. Remete-se para anexo a estrutura do programa em função dos temas e objetivos de todas as sessões (anexo XIII).

3.3.5 - Estrutura do Programa de Intervenção

Tendo em conta a população a que se destinou, o presente programa de intervenção contemplou uma estrutura simples e clara das sessões de treino. O racional de cada sessão, remetido para (anexo XIV), forneceu suporte teórico e serviu para explicar aos participantes, como se realizaram as atividades das sessões, para atingir os seus objetivos. Foi constituído por 10 sessões, de periodicidade semanal, com duração de 60 minutos cada sessão e decorreu às quintas-feiras, durante o período de 19 de Março a 6 de junho de 2015, nas instalações do referido lar.

O programa de intervenção compreendeu três fases: formação da aliança terapêutica e coesão do grupo; aquisição de competências sociais; e consolidação de conhecimentos. Todas as sessões seguiram a mesma estrutura: 1) revisão da sessão anterior e da tarefa inter-sessão para identificação das dificuldades dos utentes em relação ao tema apresentado; 2) apresentação do racional do tema e objetivos da sessão; 3) promoção da aprendizagem através de estratégias apresentadas e atividades desenvolvidas na sessão; 4) avaliação da sessão para verificar as necessidades dos utentes e avaliar o seu grau de motivação para o Treino.

3.3.6 - Estratégias Utilizadas no Programa de Intervenção

Neste programa esteve subjacente a terapia cognitivo-comportamental. Para esta intervenção, optamos pelo modelo de Vulnerabilidade-Stress, uma vez que, parece ser este que melhor se integra no treino das competências sociais (Coelho & Palha, 2006). Este modelo biopsicossocial enfatiza a interação dinâmica entre factores biológicos, ambientais e comportamentais (Talbot, 1995; cit in Coelho & Palha, 2006). O presente TCS consistiu no ensaio comportamental das competências sociais adequadas e foram utilizadas algumas das suas diversas técnicas: o ensaio comportamental; o reforço; a modelagem; a modelação; role-play; o feedback verbal e em vídeo; tarefas de casa. As técnicas referidas encontram-se descritas detalhadamente no (anexo XII), devido à impossibilidade de descrevê-las neste relatório. Para aplicação destas técnicas foram utilizadas diversas dinâmicas através de vídeos, powerpoint, e role-play, para o ensino de estratégias de coping e a exploração das várias componentes de competências sociais.

3.3.7 - Estratégias de Avaliação dos Participantes

Considerou-se essencial a realização de duas avaliações, para verificar se o Treino trouxe ou não mudanças para os participantes. A avaliação foi de carácter individual, dividida em dois momentos, o período pré-intervenção e pós-intervenção. Para a avaliação foi adaptada e aplicada aos participantes, nos dois momentos, a Entrevista Dirigida para as Habilidades Sociais de Caballo (1987), apresentada no (anexo XXIV). É uma entrevista utilizada para avaliação das competências sociais, não tem um formato integralmente estruturado e as questões constituem-se apenas como um guia, sobre os aspetos que o entrevistador se deve debruçar (Caballo, 2003). Neste contexto, considerou-se importante proceder a uma adaptação do dito instrumento, sendo suprimidas algumas questões, que não interessavam para a população em questão. Por uma questão de economia apresenta-se resumidamente o presente programa, remetendo-se para anexo o racional das sessões (anexo XIV).

3.3.8 - Programa de Intervenção em Grupo TCS

1ª Sessão – Apresentação e Iniciação ao TCS

Objetivos:

1. Apresentação do orientador e dos participantes, promover laços de confiança entre estes, procurando estabelecer um ambiente empático e colaborativo.

2. Apresentação esquemática do programa incluindo, local, dias e horários das sessões, explicar os objetivos do TCS e o que se espera dos participantes (Anexo XI).

3. Promover o diálogo sobre experiências relacionadas com as competências sociais e os interesses dos participantes.

4. Reflexão sobre a sessão.

Procedimentos:

Começar por cumprimentar globalmente os participantes e desejar as boas vindas ao grupo. Proceder à apresentação do Psicólogo/estagiário e suas funções, passando de seguida à apresentação individual dos participantes e mencionar o que se espera de cada elemento ao longo das sessões, procurando estabelecer um ambiente empático e colaborativo durante esta apresentação. De seguida apresenta-se o plano organizativo do presente programa (Anexo XI), procede-se a uma breve descrição dos objetivos da intervenção e exposição sobre o treino de competências sociais. Para promover a partilha de experiências relacionadas com as competências sociais, solicita-se aos participantes para descreverem um pensamento que tenham tido antes sessão. Com este exercício inicia-se um debate que conduz ao auto-registo dos pensamentos mal-adaptativos (processo conhecido como auto-monitorização).

Atividades:

Atividade 1 - Estabelecer a interação através do debate sobre um pensamento dos participantes e familiarização com o registo de auto-monitorização. No final de cada sessão é solicitado a tarefa inter-sessão, que consiste no registo de situações, sentimentos e pensamentos que causam mal-estar ou stress.

Recurso/Materiais: computador; projetor; powerpoint (Anexo XI); papel e lápis.

2ª Sessão – “Observa com muita Atenção”

Objetivos:

1. Resumo da sessão anterior e introduzir o tema desta sessão.
2. Promover o treino de observação para conhecer os sinais sociais.
3. Compreender o impacto dos sinais sociais na relação interpessoal (role-play).
4. Reflexão sobre a sessão e apresentação da tarefa inter-sessão.

Procedimentos:

Proceder ao início da sessão com o resumo da sessão anterior e de seguida iniciar os trabalhos desta sessão onde se pretende descrever e explicar em que consiste o treino de observação, demonstrar a importância dos sinais sociais gerais e exemplificar uma situação

social, através de um exemplo concreto oferecido pelo Psicólogo/estagiário (e. g., ir à missa, uma conversa na rua). Após esta explicação, deve passar-se à interação com os participantes.

Atividades:

Atividade 1 – Recordar e relatar uma situação social vivida ou observada.

a) Solicitar aos participantes para darem exemplos de situações sociais concretas; b) descrever uma dificuldade sentida, numa situação social (não saber como falar com alguém ou ter dificuldades em terminar uma conversa). Depois procedemos a uma análise mais pormenorizada das situações discutidas.

Atividade 2 - os participantes devem descrever a situação social referida, incluindo informações relacionadas com o contexto.

a) Dia da ocorrência; b) Local (rua, lar); c) Tipo de situação (compras, conversas no lar); d) Descrição física do contexto (local, sons). Relato do que aconteceu especificamente: a) Ações (aquilo que se fez); b) Conversas (aquilo que foi dito pelo próprio e pelos outros intervenientes na ação). Refletir sobre a situação tal e qual como aconteceu: a) O que poderia ter acontecido (tinha que acontecer assim?); b) poderia ter sido diferente (poderia ter reagido de outra forma?); c) O que sentiu durante a situação (constrangido, à vontade)

Recurso/Materiais: computador; projetor e powerpoint.

3ª Sessão – “é a falar que a gente se entende”

Objetivos:

1. Rever a sessão anterior e introduzir o tema desta sessão.
2. Promover ideias e temas de conversa.
3. Fomentar a interação entre os participantes do grupo.
4. Aplicar as competências adquiridas no treino de observação (role play).
5. Reflexão sobre a sessão.

Procedimentos:

Iniciar a sessão com um resumo da sessão anterior e passar à explicação do tema desta sessão. Depois o Psicólogo/estagiário fornece ideias e temas de conversa (usar revistas, jornais) promovendo a interação dos participantes, aplicando as competências adquiridas com o treino de observação. Compreendidas as explicações, solicita-se aos participantes que formem subgrupos de dois elementos.

Atividades:

Atividade 1 - Aplicar as competências adquiridas no treino de observação, oferecendo a cada subgrupo temas de conversa (usar revistas, jornais) para promover a

interação verbal. Colocar um grupo de cada vez em interação verbal (role-play). Discutir com cada elemento do grupo sobre a situação ensaiada: a) quais foram as atitudes e sentimentos expressos pelo seu parceiro? Durante a conversa (e.g., mostrava-se preocupado com o assunto); b) mostrava interesse pela sua opinião?); que sinais foram evidenciados pelo seu parceiro (e.g., estava exaltado quando falava; se sim, como notou que ele estava exaltado?).

Recurso/Materiais: computador; projetor; powerpoint; revistas e jornais.

4ª Sessão – Sinais das Emoções: “o gesto é tudo”...

Objetivos:

1. Breve resumo das sessões anteriores e introduzir o tema desta sessão.
2. Compreender os sinais não-verbais das emoções e o seu impacto na comunicação.
3. Tornar consciente para os participantes os seus sinais não-verbais mais usuais.
4. Alterar os sinais não-verbais menos apropriados.
5. Reflexão sobre a sessão e apresentação da tarefa inter-sessão.

Procedimentos:

Dar início à sessão resumindo as sessões anteriores, nas quais abordamos os sinais sociais gerais. Nesta sessão vamos aprofundar diversos aspetos desses sinais, focalizando-nos nos sinais sociais específicos, abordando as competências sociais relacionadas com os sinais não-verbais das emoções. Em primeiro lugar abordamos as expressões das emoções e em segundo lugar aprendemos a ler e reconhecer melhor os sinais não-verbais. Para o efeito apresenta-se em powerpoint o anexo XVII - imagens de expressões faciais e o anexo XVIII - sinais não-verbais das emoções. Assim, para iniciar a interação e as atividades, solicita-se aos participantes que formem subgrupos de dois elementos.

Atividades:

Atividade 1 – Mostrar aos participantes o powerpoint das imagens de expressões faciais e pedir-lhes que identifiquem algumas das expressões presentes na imagem.

Atividade 2 - apresentar o powerpoint dos sinais não-verbais das emoções e atribuir as seguintes tarefas:

a) Um dos elementos do subgrupo escolhe uma emoção para representar (tristeza, revolta felicidade) e seleciona sinais faciais que ilustrem a emoção escolhida (sorrir, franzir as sobrancelhas). Agora deve representar para o colega de grupo os sinais escolhidos; b) depois da representação o parceiro que assistiu deve adivinhar a emoção representada pelo seu colega.

Tarefa inter-sessão: Solicitar aos participantes para observarem um indivíduo a comunicar com outro em qualquer sítio: perceber que atitudes e sentimentos exprimiram, um para com o outro; como ficou com essa impressão, (estar atento aos sinais não-verbais).

Recurso/Materiais: computador; projetor; powerpoint, (anexos XVII e XVIII).

5ª Sessão – Sinais da voz: “não grites que eu ouço bem”...

Objetivos:

1. Rever tarefa inter-sessão e introduzir o tema desta sessão.
2. Detetar emoções através da voz.
3. Distinguir as características da qualidade da voz.
4. Treinar a sensibilidade dos participantes à expressão das emoções através da voz.
5. Reflexão sobre a sessão.

Procedimentos:

Iniciar a sessão com uma discussão da tarefa inter-sessão e seguidamente, passar à explicação do tema da sessão, na qual se pretende promover a interação dos participantes entre si, aplicando as competências adquiridas na sessão anterior e relacioná-los com os sinais vocais das emoções (Anexo XIX). Para iniciar as atividades, solicita-se aos participantes que formem subgrupos de dois elementos.

Atividades

Atividade 1 - Um elemento de cada grupo deve escolher dois ou três sinais vocais para representar (revolta, tristeza, felicidade): a) Deve representar para o colega os sinais vocais escolhidos; b) depois da representação, o parceiro deve referir a emoção representada.

Atividade 2 - solicitar a cada participante que repitam a frase “Eu vou ver televisão”, com diferentes tons de voz, exprimindo-a de forma: Amigável; zangada; preocupada; triste.

Recurso/Materiais: computador; projetor (anexos XVII, XVIII e XIX).

6ª Sessão – Escuta Ativa: “estou a perceber”...

Objetivos:

1. Rever sessão anterior e introduzir o tema desta sessão.
2. Perceber em que consistem as competências de escuta ativa.
3. Tomar consciência da sua importância na comunicação.
4. Praticar estas competências em situações de conversa informal (role-play).
5. Reflexão sobre a sessão e apresentação da tarefa inter-sessão.

Procedimentos:

Começar a sessão com um resumo da sessão anterior e passar á explicação do tema da sessão, onde o psicólogo/estagiário pretende descrever, explicar e demonstrar a importância de escuta ativa através de role-play, apresentação de powerpoint e transmissão de um vídeo (Anexo XX - Competências de Escuta Ativa). De seguida, deve passar-se à interação com os participantes, solicitando-lhes que formem subgrupos de dois elementos para iniciar as atividades.

Atividades:

Atividade 1 – um dos elementos do subgrupo deve falar com o outro acerca de um assunto qualquer (e.g., o que fez ontem). O parceiro que está a ouvir deve fazê-lo atentamente; enquanto ouve, deve pôr em práticas respostas de escuta ativa, com base no role-play que observou.

Tarefa inter-sessão: escolher indivíduos para conversar e pôr em prática as respostas de escuta ativa.

Recurso/Materiais: computador; projetor; vídeo; powerpoint (Anexo XIX e XX).

7ª Sessão – Competências de Diálogo: Saberei conversar?

Objetivos:

1. Breve resumo da tarefa inter-sessão e introduzir o tema desta sessão.
2. Aprender a iniciar e manter uma conversa.
3. Praticar com situações adequadas à realidade dos participantes (role-play).
4. Reflexão sobre a sessão e apresentação da tarefa inter-sessão.

Procedimentos:

Iniciar a sessão com discussão da tarefa inter-sessão. Depois, explicar o tema da sessão, promovendo o treino de competências de diálogo, fornecendo tópicos com exemplos de questões (gerais, específicas e de sentimentos) que demonstrem, como se deve iniciar e manter uma conversa (Anexo XXI - Competências de Diálogo). No seguimento da explicação o estagiário faz um breve role-play, apresentando um diálogo entre um utente do Centro de Dia e um utente do Lar. Depois disto, promove-se o diálogo entre os elementos do grupo para analisar o role-play e procede-se ao início das atividades, devendo exemplificar aos participantes com situações fictícias concretas, (e.g., está sentado à beira de alguém desconhecido).

Atividades:

Atividade 1 - solicitar aos participantes para elogiar o comportamento ou aparência de outra pessoa: a) Fazer uma questão geral; b) Fazer uma questão específica; c) Fazer uma questão de sentimento.

Atividade 2 – Formar subgrupos de dois participantes para iniciarem uma conversa agradável. No final da conversa devem responder às seguintes perguntas: que sinais não-verbais observou que indicam que a pessoa quer falar consigo? Que assunto escolheu para iniciar a conversa? Como se sentiu nesta conversa?

Tarefa inter-sessão: Escolha uma pessoa conhecida e comece uma conversa com ela (e.g., diga à enfermeira, que é muito atenciosa), prestando atenção aos sinais não-verbais.

Recurso/Materiais: computador; projetor; powerpoint (Anexo XX e XXI).

8ª Sessão – Relacionamento interpessoal:

Objetivos:

1. Rever tarefa inter-sessão e introduzir o tema desta sessão.
2. Perceber os níveis de intimidade e sua aplicação em contexto de interação social.
3. Aplicar e treinar o conhecimento adquirido em conversas com diferentes níveis de intimidade (role-play).
4. Reflexão sobre a sessão.

Procedimentos:

Iniciar a sessão com a discussão da tarefa inter-sessão, seguindo-se a apresentação do tema da sessão, explicando em que consistem os diferentes graus de intimidade e demonstrar a sua aplicação no relacionamento interpessoal. Após a explicação do tema o estagiário faz um breve role-play (Anexo XXII - diferentes graus de intimidade), que servirá de base para as atividades, solicitando aos participantes para formarem subgrupos de dois elementos.

Atividades:

Atividade 1 – os participantes devem escolher um tema de conversa e enquadrá-lo num dos três graus de intimidade apresentados: a) Partilhar o tema escolhido com o parceiro; b) devem prestar atenção ao parceiro observando o seu sentimento, crença ou opinião acerca do assunto (e.g., se estava bem disposto, com sono, animado).

O terapeuta coloca uma questão a cada subgrupo de modo a promover a partilha de experiências e interação entre todos participantes do grupo.

Recurso/Materiais: computador; projetor; powerpoint (Anexo XXI e XXII).

9ª Sessão – Integração das competências treinadas

Objetivos:

1. Revisão de todas as sessões anteriores e introduzir o tema desta sessão.
2. Usar adequadamente os elogios e a oferta de ajuda numa conversa (role-Play).
3. Reflexão sobre a sessão.

Procedimentos:

Começar a sessão com uma breve revisão de todas as sessões anteriores apresentando todos os quadros de forma a recuperar as informações esquecidas e integrar as competências treinadas. De seguida apresenta-se o tema da sessão onde o estagiário pretende demonstrar a importância de usar adequadamente os elogios e a oferta de ajuda numa conversação. Depois da explicação o estagiário faz um breve role-play (Anexo XXIII) que servirá de base para as atividades. Passar à interação com os participantes, solicitando-lhes que formem subgrupos de dois elementos.

Atividades:

Atividade 1 - os participantes devem fazer um elogio ao seu parceiro e partilhar informação de acordo com as competências aprendidas. Cumprimente-o; seja expressivo (uso de sinais verbais e não-verbais); faça perguntas de rotina; ofereça respostas de escuta ativa; ofereça informação pessoal com base nos graus de intimidade; ofereça elogios e ajuda.

Recursos/Materiais: computador; projetor; powerpoint (anexos XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII e XXIII).

10ª Sessão (última) - Avaliação da intervenção e despedida

Objetivos:

1. Avaliar o programa de intervenção, nomeadamente os seus aspetos positivos e negativos. (Colocar a hipótese de reformulação do programa, visando a sua adequação às necessidades específicas desta população).
2. Discutir os resultados obtidos relativamente às expectativas, aprendizagens e experiências dos participantes no decurso deste programa.
3. Proceder a uma avaliação da evolução do grupo e avaliação individual dos participantes (pós-teste).
4. Apresentação do vídeo das velas – Paz, Amor, Fé, Esperança.
5. Conclusão dos trabalhos do grupo e despedida.

Procedimentos:

Para finalizar o programa de intervenção pretendemos realizar uma avaliação da sua eficácia, aplicabilidade e eficiência junto dos participantes. Discussão sobre as

aprendizagens e experiências dos participantes nas sessões, onde também tentamos perceber qual foi a apreciação geral com que os idosos ficaram acerca desta intervenção. Propor aos participantes que reflitam sobre os obstáculos ultrapassados e a ultrapassar. A intervenção termina com apresentação de uma síntese do programa e pede-se aos participantes que descrevam o que conseguiram aprender com a intervenção.

3.3.9 - Avaliação da Intervenção em Grupo

As estratégias e dinâmicas utilizadas nesta intervenção contribuíram para promover os laços de confiança entre o orientador e os participantes, para consolidar a coesão de grupo e a aliança terapêutica, procurando estabelecer um ambiente empático e colaborativo. O grupo demonstrou bastante interesse pela temática, pelos conteúdos apresentados e pelos temas abordados nas sessões. Os utentes interagiram facilmente entre eles e com o terapeuta, foram colaboradores e participativos na grande maioria das sessões, revelaram interesse e apreensão de conhecimentos.

Ao longo das sessões verificou-se em cada participante, cada vez mais respeito, maior aceitação e compressão pelos direitos, interesses e necessidades dos outros participantes, revelando comportamentos cada vez mais assertivos. Verificou-se um nível da assiduidade dos elementos do grupo globalmente satisfatória e uma evolução positiva ao longo das sessões no ambiente empático e colaborativo que se pretendia estabelecer e na forma como foram debatidas as várias temáticas.

No que se refere à avaliação através da Entrevista Dirigida para as Habilidades Sociais de Caballo (1987), verificaram-se os seguintes resultados: No item observação comportamental: no pré-teste os utentes obtiveram a média de 4,07 enquanto no pós-teste, alcançaram a média de 5,03 tendo-se verificado uma evolução média do grupo de 23%. Relativamente item competência social o pré-teste revela uma média de 2,63 e no pós-teste 3,63 demonstrando uma evolução média do grupo de 38%. O item ansiedade geral revela no pré-teste uma média de 4,63 e o pós-teste 3,63 demonstrando uma evolução média do grupo de 21%.

Quanto à avaliação do funcionamento em áreas específicas verifica-se uma evolução significativa em todos os seus itens, nomeadamente: relações com o mesmo sexo; relações com o sexo oposto; capacidade para expressar sentimentos; lidar com críticas; fazer e recusar pedidos; fazer e receber elogios; interação com os companheiros do lar; situações de grupo; iniciativa de interações sociais; expressão de opiniões. Os resultados demonstram uma melhoria de insight por parte dos utentes, em relação às suas dificuldades sociais: no final da

intervenção, os utentes revelaram uma melhoria nas suas capacidades de relacionamento social; melhoria na interação social; melhoria na autoestima; melhoria na identificação e na discriminação de emoções nas expressões faciais; maior compreensão da comunicação verbal e não-verbal; maior compreensão das competências sociais básicas; maior capacidade para lidar com situações geradoras de ansiedade; e diminuição do isolamento. A análise das várias sessões permite concluir que esta intervenção obteve resultados globalmente positivos em vários aspetos, principalmente na melhoria dos comportamentos observáveis da interação destes participantes com outros idosos e profissionais. Devido à impossibilidade de mencionar neste relatório, os resultados do pré-teste e pós-teste de todas as questões, dos referidos itens, junta-se o quadro em anexo para consulta (Anexo XXV).

3.4 - Atividades de Formação

3.4.1 - Ação de Sensibilização para Funcionários da SCMB

Verificou-se a pertinência da concretização desta intervenção, no sentido de fornecer aos funcionários da SCMB, recursos que pudessem melhorar o seu funcionamento psicossocial e promover as capacidades de relacionamento social de forma a melhorar as suas relações interpessoais. Pretendeu-se que os colaboradores adquirissem práticas ocupacionais que lhe permitam uma melhor gestão emocional do stress. Neste sentido, considerou-se pertinente utilizar nesta ação de sensibilização uma abordagem focada no treino assertivo, procurando fornecer aos colaboradores, recursos instrumentais para prevenção do stress e redução de conflitos, contribuindo para melhorar o bem-estar e a qualidade de vida.

3.4.2 - Fundamentação Teórica da Ação de Sensibilização

A assertividade é um comportamento que habilita o indivíduo a agir no seu interesse, defender-se sem ansiedade excessiva, expressar os seus sentimentos de forma honesta e adequada, fazer valer os seus direitos sem negar os dos outros. No entanto, nem todos os comportamentos são assertivos. Alberti e Emmos diferenciam três tipos de comportamentos: passivos/inibidos, agressivos e assertivos (Alberti & Emmos, 1974; cit in Matos, 1998).

Segundo Salter (1949, cit in Matos, 1998), o indivíduo assertivo é capaz de exprimir o mais diretamente possível o que pensa, o que quer, o que deseja e faz valer os seus direitos, sem impedir os direitos dos outros. No indivíduo passivo, observa-se uma falta de respeito pelos seus direitos, tem dificuldades em tomar decisões, tem uma atitude geral de submissão. No indivíduo agressivo verifica-se uma violação dos direitos dos outros, tem uma atitude

geral de dominância, criando situações stressantes. Com o treino assertivo pretende-se que os indivíduos modifiquem o seu comportamento através de: reconhecimento de respostas inibidas e agressivas; valorização dos seus direitos e dos direitos dos outros; diminuição da ansiedade em contextos que exijam comportamentos assertivos. Apresenta-se em anexo a fundamentação teórica do treino assertivo (anexo XXVI).

3.4.3 – Plano da Ação de Sensibilização

População-alvo: os destinatários da presente ação de sensibilização foram as colaboradoras, da valência infantil da SCMB, nomeadamente, as educadoras de infância e auxiliares da ação educativa.

Objetivos: A intervenção teve como objetivo geral promover as capacidades de relacionamento interpessoal dos participantes e como objetivos específicos: promover a compreensão da comunicação interpessoal, verbal e não-verbal; estimular a interação social; promover a capacidade para lidar com situações geradoras de stress; promover comportamentos assertivos; identificar estratégias para a gestão de conflitos.

Estrutura: em função da disponibilidade dos serviços da SCMB, não foi possível criar uma ação de formação constituída por várias sessões. Assim, foi elaborada uma ação de sensibilização constituída por uma sessão, com duração de sessenta minutos. Participaram na intervenção oito funcionárias e decorreu no Centro Infantil de Barcelos no dia cinco de junho, de dois mil e quinze, às dezassete horas.

Estratégias Utilizadas: esta intervenção baseou-se no Treino Assertivo e a sessão nas metodologias: Expositiva, Ativa e Participativa (*Role-Play*, dinâmicas de grupo). No final da ação foi preenchido pelas formandas o Questionário de Avaliação de Satisfação, Modelo 363/A da SCMB, (Anexo XXVII), de forma a refletir nas limitações e vantagens, bem como aspetos a melhorar para futuras formações. A descrição da sessão foi remetida para o (anexo XXVIII).

3.4.4 - Avaliação da Ação de Sensibilização

A avaliação desta intervenção consiste no Questionário de avaliação de satisfação - QAS – Modelo 363-A da SCMB, que avalia o seu impacto e a satisfação nos formandos. O questionário foi preenchido por todas as participantes, que responderam a todas as questões. Apresentam-se de seguida resultados da avaliação das participantes:

Foram avaliados os seguintes itens constituídos por 14 questões, de acordo com a escala: 1=Muito Insatisfeito, 2=Insatisfeito, 3=Satisfeito e 4=Muito Satisfeito).

Item 1 – Apreciação global da Ação: satisfação com a ação; duração; conteúdos apresentados; aquisição de novos conhecimentos; importância para a sua vida diária;

Item 2 – Apreciação global do formador: pontualidade; clareza na exposição dos temas; conhecimento dos temas apresentados; disponibilidade para esclarecer dúvidas; incentivo à participação; apreciação global do formador;

Item 3 - Apreciação global da organização da ação: qualidade das instalações; documentação fornecida; equipamentos de apoio;

A análise dos Gráficos da avaliação, apresentados em anexo, permitem verificar que as participantes apresentaram um grau de satisfação elevado, em todos os itens avaliados, (média sempre superior a 3,5). Todas as participantes (100%) referiram que recomendariam esta ação a um colega (anexo XXIX).

Considerando a avaliação qualitativa, realizada através dos comentários dos formandos, observou-se que a formação era pertinente e sugeriram que os exercícios, e as técnicas para prevenção de *stress* deveriam ser realizados periodicamente. A reflexão realizada sobre as estratégias de coping usadas pelos formandos, também permitiu verificar que já conheciam o uso de recursos para prevenir o *stress* e reduzir conflitos, mas não os utilizam. Assim, conseguiu-se uma maior consciencialização das suas competências, e motivação para o treino assertivo. O maior limite da ação de formação foi o tempo de duração para a exposição de todas as dimensões que a temática abrangia.

4. - Reflexão Final

O presente estágio proporcionou uma experiência muito enriquecedora, quer a nível profissional, quer a nível pessoal. Quanto à formação profissional, o estágio constituiu um espaço crucial para aplicar e desenvolver conhecimentos, no contacto com uma realidade concreta, contribuindo para a construção da experiência profissional e para desenvolver competências práticas em contexto real de trabalho. Do ponto de vista do crescimento pessoal, foi importante a percepção de como as emoções estão presentes em cada momento do relacionamento com o Outro. Realizaram-se no decurso deste estágio diversas atividades, nomeadamente, observação de casos clínicos, avaliação e intervenção psicológica individual, intervenção psicológica em grupo e ações de formação, num contexto clínico adequado à população idosa institucionalizada. Estas atividades permitiram uma aprendizagem alargada sobre variadas problemáticas que emergem neste contexto. Foi possível aplicar as diferentes abordagens teóricas e técnicas adquiridas pelo estagiário, aos diversos contextos da prática

clínica, no sentido deste desenvolver competências profissionais adequadas para vir a exercer a sua atividade profissional com qualidade e competência.

Em relação à avaliação e intervenção psicológica individual, lenta e gradualmente avançou-se no sentido da autonomia na realização da entrevista clínica, na aplicação de instrumentos de avaliação, elaboração de protocolos de intervenção e da respetiva execução, que deram sentido à prática clínica. Paralelamente, a experiência adquirida nas intervenções em grupo e ações de formação deram uma perspetiva nova e motivadora no que diz respeito à importância da psicoeducação, e dos efeitos positivos que esta tem quer em funcionários quer nos utentes. O único aspeto negativo que considero importante salientar, é o fato de não existir nos lares da SCMB um gabinete do serviço de psicologia, para atendimento dos utentes, provocando algumas situações de desconforto.

Com o término do estágio é possível fazer um balanço positivo do trabalho realizado, em termos de pesquisa e a sua aplicação na prática, na medida em que favoreceu o desenvolvimento de competências inerentes ao trabalho do psicólogo.

Desta forma, o estágio no contexto real de trabalho representou uma nova etapa na formação profissional do estagiário, onde os desafios foram constantes e o desenvolvimento pessoal e social um objectivo a atingir. Todo o percurso realizado desde o início ficou marcado pelas dificuldades e oportunidades, pela autonomia e confiança que alcancei e pelo crescimento que fui desenvolvendo ao longo deste tempo.

A permanência nesta instituição revelou-se uma experiência muito gratificante. A integração e participação na vida da instituição, com os técnicos, funcionários e utentes, proporcionaram momentos de profunda reflexão e aprendizagem pessoal. O contato direto com os utentes foi a mais-valia que levo desta experiência.

Referências Bibliográficas

- Alberti, R. E. & Emmons, M. L. (1973). Comportamento Assertivo: Um guia de auto-expressão. Califórnia: InterLivros.
- Allegri, R., Serrano, P. & Delavald, N. (2001). Perfis Diferenciais de Perda de Memória entre a Demência Frontotemporal e a do Tipo Alzheimer. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14 (2), 317-324.
- American Psychiatric Association (2014). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5ª edición. Washington: APA.
- Andréa, M. (2009). Grupos breves: uma nova experiência e possibilidade na atual realidade. *Revista da SPAGESP – Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 10 (1), 41-47. Disponível em: Pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v10n1/v10n1_a06.pdf
- Bueno, J., Oliveira, S., & Oliveira, J. (2001). Um estudo correlacional entre habilidades sociais e traços de personalidade. *Psico – Usf*, 6(1), 31-38.
- Caballo, V. (1993). *Manual de Evaluación Y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. (1996) Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. 2ª edição. São Paulo: Santos.
- Cade, N. (2001). Terapia de grupo para pacientes com hipertensão arterial. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28 (6), 300-304. Disponível em: www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol28/n6/artigos/art300.htm
- Camões, C., Pereira, F. M. & Gonçalves, A. (2005). Reabilitação na doença de Alzheimer. [On-line]. Available: www.psicologia.pt/artigos/textos/A0244.pdf.
- Coelho, C. & Palha, A. (2006) *Treino de Habilidades Sociais Aplicado a Doentes com Esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Corrêa, S. E. & Silva, D. B. (2009). Abordagem cognitiva na intervenção terapêutica ocupacional com indivíduos com Doença de Alzheimer. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12 (3), 463-474.
- Cruz, M., & Hamdan, A. (2008). O impacto da doença de alzheimer no cuidador. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 13 (2), 223-229.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. (1999). *Psicologia das Habilidades Sociais: Terapia e Educação*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. (2003). Assertividade, sistema de crenças e identidade social. *Psicologia em Revista*, 9(13), 125-136.

- Edelman, S., Kidman, A. (1999). Description of a group cognitive behaviour therapy programme with cancer patients. *Psycho-oncology*, 8, 306-314. Disponível em: [ica.Cancer.org.il/download/.../miricohen_30071.p...doi:10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199907/08\)8:4<306::AID-PON387>3.0.CO;2-Y](http://ica.Cancer.org.il/download/.../miricohen_30071.p...doi:10.1002/(SICI)1099-1611(199907/08)8:4<306::AID-PON387>3.0.CO;2-Y).
- Falcone, E. (2000). Habilidades sociais: Para além da assertividade. Em R. C. Wielenska (Org.) *Sobre Comportamento e Cognição: Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos* (Vol. 6, pp. 1-13). São Paulo: SET Editora Ltda.
- Ferrari, M. (2001). A terapia ocupacional na reabilitação do portador de Alzheimer. *O Mundo da Saúde*, 25 (4). 425-429.
- Folstein M, Folstein S., & McHugh, P. (1975). "Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician". *Journal of Psychiatric Research*, 12 (3), 189 - 98.
- Frances, A. & Ross, R. (2004). *Casos Clínicos DSM-IV-TR Guia para o diagnóstico diferencial*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gonçalves, D.C. (2012). Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos Institucionalizados. *Psicologia.pt-O portal dos psicólogos*, 1-18.
<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0623.pdf>
- Gonçalves, D., Albuquerque, P., & Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: vantagens e limitações. *Análise Psicológica*, 1 (26), 101-110.
- Gonçalves, D. C. & Martín, I. (2007). Intervenção na Depressão Geriátrica através da Reminiscência. *Psicologia Argumento*, 25 (51), 371-384.
- Glaser, R. (1984). Education and thinking: the role of knowledge. *American Psychologist*, 39, 93-104.
- Herbert, J., Gaudiano, B., Rheingold, A., Myers, V. & Nolan (2004). Social skills training augment the effectiveness of cognitive behavioral Group Therapy for Social Anxiety Disorder. *Behavior Therapy*, 36, 125-138.
- Instituto Nacional de Estatísticas (2009). Disponível em: <http://www.ine.pt>.
- Ito, L., Roso, M., Tiwari, S., Kendall, P., & Asbahr, F. (2000) Terapia cognitivo-comportamental da Fobia Social. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 30 (2), 96-101.
- Levitan, M., Range, B., & Nardi, A. (2008). Habilidades sociais na Agorafobia e na Fobia Social. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (1), 095-100.

- Liberman, R. (2007). Dissemination and adoption of social skills training: social validation of an evidence-based treatment for the mental disabled. *Journal of Mental Health*, 16(5), 595-623.
- Liberman, R., Mueser, T., Wallace, C. Jacobs, H., Eckman, T., & Massel, K. (1986). Training Skills in the Psychiatrically Disabled: Learning Coping and Competence. *Schizophrenia Bulletin*, 12 (4), 631-647.
- Kaplan, H. I., Sadock. B. J., Grebb, J A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marques, A. (2012). *Terapia das Reminiscências- Projeto de intervenção*. Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Matos, M. G. (1997). *Comunicação e gestão de Conflitos na escola*. Lisboa: Edições FMH
- McIntyre, T. (1999). Entrevista de avaliação clínica: sua relevância para o processo terapêutico e na formação psicoterapêutica. *Jornal de Psicologia*, 12 (1), 3-7. Disponível em: sigarra.up.pt/fpceup/pt/conteudos_service.conteudos_cont?pct_id...
- Murta, S. (2005). Aplicação de treinamentos em habilidades sociais. Análise da produção nacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (2), 283-291.
- Neri, A. L. (2005). *Velhice bem-sucedida: aspetos afetivos e cognitivos*. Campinas: Papirus.
- Organização Mundial de Saúde (2007). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Disponível em: www.portaldasaude.pt/portal/conteúdos/a+saude.../2007/8/rel+oms.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Reis, A., & Neto, E. (2010). Habilidades Sociais. *Revista Psique, Ciências & Vida*, 41,1- 6.
- Ribeiro, J. L., & Leal, I. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, 14(4), 589-599.
- Ribeiro, O. & Paul, C. (2011). *Manual do envelhecimento activo*. Lisboa: Lidel.
- Sampaio, T. & Cano, D. (2007). O Método de Observação na Psicologia: Considerações sobre a Produção Científica 1/2. *Interação em Psicologia*, 11 (2), p. 199-210.
- Santana, I. (2005). A Doença de Alzheimer e Outras Demências - Diagnóstico Diferencial. In A. Castro-Caldas & A. Mendonça (Eds.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp. 61-82). Lisboa: Lidel.
- Segrin, C. (2009). Social Skills Training. In O'Donohue, W., & Fisher, J. (John Wiley and Sons, Inc). *General Principles and Empirically Supported Techniques of Cognitive Behavior Therapy* (600-607). New Jersey/Canada: John Wiley and Sons, Inc.
- Torres, A., Pereira, A. & Monteiro, S. (2012). *Terapia de Grupo Cognitivo Comportamental para Sobreviventes de Cancro da Mama: Descrição de um Programa e Avaliação*

- Preliminar da sua Eficácia. *Psychology, Community & Health*, 1 (3), 300-312.
Disponível em: pch.psychopen.eu/article/download/55/23.
Doi:10.5964/pch.v1i3.55.
- Trindade, I. & Teixeira, J. (2007). *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários* (2ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Vieira, C., Fay, E., & Neiva-Silva, L. (2007). Avaliação psicológica, neuropsicológica e recursos em neuroimagem: novas perspectivas em saúde mental. *Altheia*, 26, p.181-195. Disponível em: pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n26/n26a15.pdf.
- Wallace, C. (1998). Social skills training in psychiatric rehabilitation: recent findings. *International Review of Psychiatry*, 10, 9-19.
- Zanini, R. (2010). Demência no idoso: aspetos neuropsicológicos. *Revista de Neurociências*, 18 (2), 220-226.
- Zimmerman, D. E. (2000). *Fundamentos Básicos das Grupoterapias* (2ª ed.). Porto-Alegre: Artmed.

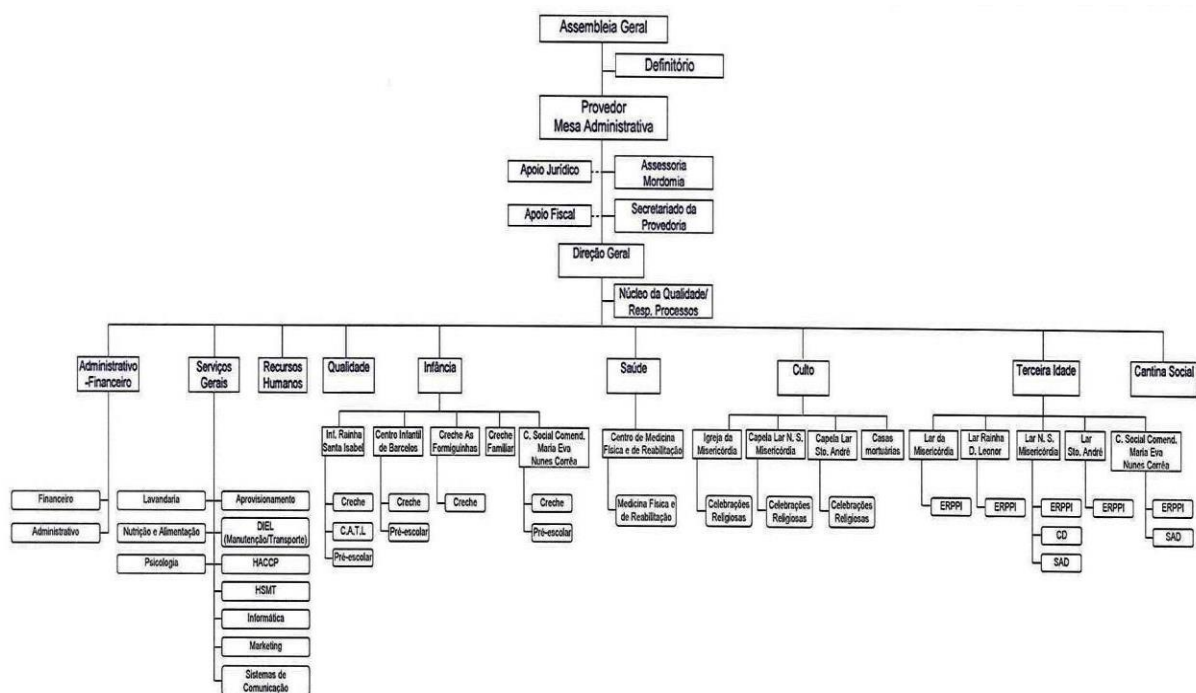
ANEXOS

ANEXO I

Organograma da SCMB

ANEXO I

Organograma da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos



ANEXO II

Plano Geral de Estágio

ANEXO II

Plano Geral de Estágio

Estagiário

João Valadares

Instituição

Santa Casa da Misericórdia de Barcelos

Orientadora no Local de Estágio

Dra. Sofia Miranda

Orientadora da Universidade Católica Portuguesa

Profª Doutora Eleonora Costa

Ano Curricular: 2014/2015

Objetivos Gerais

Constituíram objetivos gerais do estágio curricular do Mestrado de Psicologia, Clínica e da Saúde proporcionar a aplicação das diferentes abordagens teóricas aos diversos contextos da prática psicológica e promover o contato e a aprendizagem de boas práticas de forma a desenvolver competências profissionais adequadas e autónomas:

1. Observação, caracterização e adaptação à instituição;
2. Observação e contato geral com as diversas problemáticas da instituição no sentido de implementar programas de intervenção psicológica individual;
3. Observação e desenvolvimento de competências ao nível da intervenção clínica e da saúde com o objetivo de proceder à avaliação individual de casos clínicos;
4. Observação das dinâmicas de grupo para desenvolver competências inerentes à implementação de programas de intervenção psicológica em grupo;
5. Desenvolver competências inerentes à implementação de programas de formação: Ação de Formação a Técnicos da Instituição.
6. Avaliação dos resultados e trabalhar estratégias de prevenção de recaída.
7. Produção do Relatório de Estágio

Calendarização:

Objetivos	Descrição	Meses
1	Observação, caracterização e adaptação à instituição	Jan. Fev.
2	Observação e contato geral com as diversas problemáticas da Instituição no sentido de Implementar Programas de Intervenção Psicológica Individual.	Fev. a Jul.
3	Observação e desenvolvimento de competências ao nível da intervenção Clínica e da Saúde; proceder à avaliação individual de casos clínicos.	Fev. a Jul.
4	Observação das dinâmicas de grupo para desenvolver competências inerentes à implementação de programas de intervenção psicológica em grupo.	Mar. a Jul.
5	Desenvolver competências inerentes à implementação de programas de formação: Ação de Formação a Técnicos da Instituição.	Mar. a Jul.
6	Avaliação dos resultados e trabalhar estratégias de prevenção de recaída.	Julho
7	Produção do Relatório de Estágio	Julho

ANEXO III

Cronograma de Atividades

ANEXO III

Cronograma de Atividades

Cronograma de Atividades							
Objetivo - Descrição	Jan.	Fev.	Mar	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.
Observação, caracterização e adaptação à instituição.							
Observação de consultas de avaliação e Intervenção Psicológica Individual.							
Consultas de avaliação e intervenção psicológica individual.							
Programa de intervenção em grupo: Estimulação Cognitiva.							
Programa de intervenção em grupo: Treino Competências Sociais.							
Implementação de programas de Ação de Formação a Técnicos da Instituição.							
Avaliação dos resultados e estratégias de prevenção de recaída.							
Produção do Relatório de Estágio.							

ANEXO IV

Casos Clínicos Observados

ANEXO IV

Casos Clínicos Observados

Caso 1 – Sra. I. C.	
Identificação	I. C. tem 82 anos de idade, é viúva, tem dois filhos, utente do LNSM.
Problema	Foi encaminhada para o SP pela diretora técnica do lar, para se proceder a estimulação cognitiva.
Observação/Avaliação	Apresentação razoável, atividade psicomotora retardada, sonolenta, reservada, dificuldades de concentração, alterações de memória, expressão facial apática, não mantém contato ocular, passiva, dificuldades de audição, parcialmente dependente nas AVD. História de vida complicada. Tem muito suporte familiar.
Diagnóstico	Sem diagnóstico
Intervenção	Estimulação cognitiva para orientação temporal e espacial da utente.
Caso 2 – Sra. A. D.	
Identificação	A D tem 75 anos, é viúva, natural de Barcelos e utente do LNSM.
Problema	Foi encaminhada pela diretora técnica do lar, devido a comportamentos desadequados e dificuldade de adaptação ao lar.
Observação/Avaliação	Boa apresentação, não mantém contato ocular, expressão facial ansiosa, revelando tristeza, chorosa, humor depressivo, flutuações ao nível do comportamento, boa articulação da fala, mas pouca predisposição para falar, discurso coerente. Manifesta revolta e isolamento. Não tem suporte familiar.
Diagnóstico	Perturbação Depressiva Major (provisório).
Intervenção	Psicoeducação sobre o comportamento desadequado e adaptação.
Caso 3 - Sra. L. V.	
Identificação	L. V. tem 79 anos é viúva, sem filhos, é utente do LNSM desde 2013.
Problema	Foi encaminhada pela diretora técnica do lar para apoio psicológico.
Observação/Avaliação	Tem boa apresentação, expressão facial sorridente, mantém contato ocular, passiva, muito ansiosa, sente-se perseguida (delírios), só confia nas figuras de autoridade. Quanto às AVD é dependente de terceiros, (cadeira de rodas) e teve paralisia no braço esquerdo. Tem suporte familiar.
Diagnóstico	Delirium
Intervenção	A psicóloga da SCMB continua com a avaliação.
Caso 4 - Sra. E. S.	
Identificação	E S tem 81 anos, tem um filho, é utente do LNSM, admitida em 2011.
Problema	Foi encaminhada pela diretora técnica do lar devido a desorientação.
Observação/Avaliação	Tem um aspeto desleixado, não mantém contato ocular, expressão facial fechada, revelando revolta, confusão e desorientação, alterações de humor, agressiva, falta de memória recente, não tem suporte familiar. Não aceitou a morte do marido.
Diagnóstico	Perturbação Neurocognitiva devido a doença de Alzheimer.
Intervenção	Estimulação cognitiva e orientação temporal e espacial.
Caso 5 - Sra. C. C.	
Identificação	C. C. tem 76 anos, é viúva, tem quatro filhos, é utente do LM.
Problema	Foi encaminhada para o SP devido a quadro de hipocondria.
Observação/Avaliação	A utente estava na cama, diz que não consegue levantar-se. Estava muito desmotivada e passiva, mas à medida que ia falando tornava-se mais ativa. Demonstrou alterações de memória. Mantém-se o quadro de hipocondria. Não tem suporte familiar.
Diagnóstico	Hipocondria
Intervenção	Na próxima sessão avaliar a cognição. Aplicar o MMSE e figuras.
Caso 6 - Sr. M. A.	
Identificação	M. A. tem 70 anos, é casado, tem dois filhos, utente do LM.
Problema	Foi encaminhado devido a quadro depressivo devido à paralisia.
Observação/Avaliação	Está paralisado devido a cancro na medula. Foi o tumor que provocou a paralisia. Não tem alterações cognitivas. Está depressivo com distímia devido à paralisia. Tem vindo a melhorar, mas só se levanta 3 vezes por semana da cama, não é autónomo, não se socializa com os outros utentes. Tem suporte social da família
Diagnóstico	Perturbação Depressiva Persistente (Distímia)
Intervenção	Aplicar teoria da aceitação para a sua situação.

Caso 7 - Sr. N. F.	
Identificação	N. F. tem 74 anos, é viúvo, tem três filhos, é utente do LM, desde 2014.
Problema	Foi encaminhado devido a inadaptação ao lar. Promover a adaptação.
Observação/Avaliação	Mostrou-se confuso. Queixa-se de alterações do sono, referindo <i>"se não durmo não sei o que faço"</i> . É muito ansioso. Tem vindo a adaptar-se. Tem cancro.
Diagnóstico	Perturbação Ansiedade de Separação (provisório)
Intervenção	Aplicar teoria da aceitação para a sua situação.
Caso 8 – Sra. M. Q.	
Identificação	M. Q. tem 85 anos, é viúva, tem três filhos, é utente do LM, há 3 anos.
Problema	Foi encaminhada pela diretora do lar para estimulação cognitiva.
Observação/Avaliação	Tem boa apresentação, a consulta foi realizada no quarto. Estava muito bem-disposta, ativa e simpática. Demonstrou alterações de memória, não se lembra em que dia da semana, dia do mês, do mês, não sabe quantos anos tem, nem data de nascimento. Participa no canto coral e faz ginástica. Tem suporte familiar e sente-se feliz no lar. Tem dificuldades em adormecer. Tem apetite e come muito bem.
Diagnóstico	Perturbação Neurocognitiva devido a doença de Alzheimer.
Intervenção	Fazer estimulação cognitiva
Caso 9 – M. A.	
Identificação	M. A. de 86 anos, viúva tem seis filhos, é utente do Centro de Dia.
Problema	Foi encaminhada pela Coordenadora devido a ansiedade, porque a família quer colocá-la no lar e ela não quer.
Observação/Avaliação	Referiu que mora com a filha Alice. Refere que tem boa relação com os filhos e netos, com os outros utentes e com os colaboradores do lar. Tem boa apresentação. Demonstrou alterações de memória, não sabe o nome dos filhos todos. Mas recorda-se bem do seu passado. Gosta de estar no Centro de dia. Diz que o sono é normal, e dorme bem. Quanto à alimentação diz que come muito bem e tem sempre apetite. Quanto às AVD é autónoma, mas precisa de apoio para tomar banho.
Diagnóstico	Ansiedade generalizada
Intervenção	Não está previsto fazer intervenção.
Caso 10 – R. G.	
Identificação	R. G. 36 anos, solteiro, vive com a mãe, é utente do Centro de Dia.
Problema	Foi encaminhado pela diretora técnica do lar devido a esquizofrenia.
Observação/Avaliação	Tem boa apresentação. Demonstrou discurso pouco fluido. Diz que o sono é mau porque tem muitos pesadelos durante a noite, <i>"coisas estranhas na minha cabeça"</i> . Diz ouve barulhos <i>"ouço barulhos muito grandes parecem ambulâncias, não sei se é verdade ou da doença"</i> . Quanto à alimentação diz que gosta de tudo e come muito bem. Quanto às AVD é autónomo, participou nas atividades e integrou o programa de treino de competências sociais, no qual foi assíduo e muito participativo.
Diagnóstico	Perturbação Neurocognitiva devido a Esquizofrenia.
Intervenção	Integrou a intervenção em grupo "Treino de competências sociais".
Caso 11 – C. P.	
Identificação	C.P. de 83 anos de idade tem três filhos, utente do LNSM.
Problema	Foi encaminhada pela diretora técnica do lar para o SP devido à manifestação de fobias, isolamento e recusa alimentar-se.
Observação/Avaliação	Tem boa apresentação, mantém contato ocular, passiva, ansiosa, alterações de humor, mostra-se colaborante e consciente.
Diagnóstico	Perturbação de Ansiedade Social (Fobia Social)
Intervenção	TCC sobre crenças para trabalhar fobias e isolamento. Psicoeducação através de Registo Diário Alimentar.
Caso 12 – L. R.	
Identificação	L. R. tem 87 anos de idade, utente do LNSM.
Problema	Foi encaminhada para o SP devido ao seu estado de apatia.
Observação/Avaliação	Tem boa apresentação ao nível da higiene pessoal, humor depressivo, pensamento negativo, postura decaída. Apresenta queixas e preocupações acerca da sua saúde e comportamento apelativo.
Diagnóstico	Perturbação de desregulação do humor disruptivo
Intervenção	Promover autonomia. Terapia da Reminiscência (TR).

ANEXO V

Caso Clínico 2 – R. C.

Anexo V - Caso Clínico nº 2 – R. C.

A Avaliação com a utente começou no dia 11 de Março de 2015, seguindo-se a intervenção psicológica, terminando no dia 8 de Julho de 2015, sendo realizadas 18 sessões, com a duração de uma hora. As sessões decorreram às quartas-feiras, no mesmo horário.

Avaliação e intervenção psicológica de R. C.

Identificação

RC tem 87 anos, é viúva, tem três filhos é natural de Vila Nova de Famalicão, residia em Barcelos, e está institucionalizada no LSA desde 4 de outubro de 2012.

Problema/Motivo de Encaminhamento

RC foi encaminhada pelo Diretor Técnico do lar para se proceder à avaliação psicológica e estimulação cognitiva da utente devido a perda de memória e confusão. Ao nível do comportamento, apresenta-se confusa em relação ao local onde se encontra, não o reconhece e não sabe como vem ali parar.

História do Problema

Através da entrevista de anamnese não foi possível obter informações que permitissem conhecer a história do problema, porque a utente não se lembrava, respondendo a cada pergunta *“eu não me lembro mas, quando chegar a casa a minha mãe lembra-me”*. De salientar que a mãe já faleceu à muitos anos. As informações do processo clínico e da equipa técnica do lar também são escassas, devido à falta de colaboração dos filhos.

De acordo a equipa técnica do lar, RC foi entregue no LNSM, num estado emocional preocupante e psicologicamente afetada, manifestando desorientação, nervosismo e confusão, assim como ansiedade e *stress* associados. RC vivia na sua casa com uma filha, mas entretanto, a casa foi penhorada, possivelmente, a casa já estava em nome da filha. Foi entregue no LNSM pelo padre e presidente da junta da sua freguesia, para passar o fim de semana e nunca mais apareceu ninguém para a ir buscar. Os filhos abandonaram a mãe, apareceram muito tempo depois, para dizerem que não tinham condições para tomar conta dela. Entretanto, a institucionalização foi realizada pela Segurança Social, transferindo a utente para o LSA. A utente não tem suporte familiar, raramente tem visitas dos filhos e quando aparecem, nem falam com os colaboradores do lar, sobre o estado de saúde da mãe.

O processo clínico informa que os problemas comportamentais tiveram início durante o ano de 2012, por altura da institucionalização, começando a manifestar-se perdas de memória e desorientação.

História Desenvolvidor e Psicossocial

RC nasceu em Vila Nova de Famalicão em 1928, no seio de uma família de agricultores de extrato social baixo. É a segunda ou terceira filha do casal, sendo que, tem uma irmã gémea. Descreve a mãe como uma pessoa, trabalhadora, bondosa e carinhosa. Diz que a mãe é muito boa, dá-lhe muitos conselhos e lembra-a das coisas, quando ela se esquece, a relação entre elas é muito boa. Descreve o pai como um homem de respeito, sério, trabalhador. Diz que o pai é muito amigo dela, gosta muito dele e dão-se muito bem. Fala da sua relação com a figura materna e paterna no presente referindo *“os meus pais ainda estão vivos, trabalham muito, gosto muito dos meus pais, damo-nos muito bem, são eles que me aconselham quando eu preciso”* (sic). Diz que não frequentou a escola, não sabe ler nem escrever, porque teve que ir trabalhar com os pais no campo. A nível académico não possui habilitações literárias e a nível profissional, trabalhou sempre na agricultura.

Descreve a sua relação com o seu marido como muito boa, acrescentando *“gostava muito do meu marido, era meu amigo”* (sic). Refere que o marido foi para a Venezuela e mataram-no lá, não se recorda há quanto tempo e fala do assunto com naturalidade. Do casamento tiveram três filhos, (um filho e duas filhas) e educou-os sozinha, mas já não os vê há muito tempo, porque estão muito longe, não os descreve nem fala da relação que têm com eles, dizendo *“os meus filhos também estão vivos, se morreram foi ontem”* (sic).

RC deu entrada na instituição no dia 4 de outubro de 2012, no entanto não reconhece que está reformada nem institucionalizada, uma vez que, refere constantemente nas consultas, *“tenho que ir para casa”* (sic). Refere que tem boa relação com os profissionais da instituição, que se dá bem com toda a gente dali, que são boas pessoas, tratam-na bem, mas não sabe quem são. Demonstra facilidade de socialização, uma relação de proximidade e amizade com o pessoal da instituição e com os outros utentes. Quanto ao suporte familiar a equipa técnica do lar diz que tem visitas, de vez em quando, de uma filha, e muito raramente do filho, que é o responsável legal.

História Clínica

RC afirma que nunca teve problemas de saúde, nunca teve doenças e nunca entrou num hospital. Diz que atualmente a sua saúde é boa, sente-se bem, não tem dores no corpo, acrescentando que só se esquece das coisas *“mas, quando eu me esqueço das coisas a minha mãe lembra-me”* (sic). Refere que tem uma alimentação regular, come bem, come de tudo e

têm sempre apetite, acrescentando *“eu gosto de cozinhar, sei cozinhar muito bem, gosto da minha comida”* (sic). Diz que o sono é normal, adormece logo que se deita, dorme bem, não acorda durante a noite, não tem pesadelos, acorda de manhã e não dorme durante o dia. Relativamente às atividades da vida diária (AVD), apresenta-se dependente e sem autonomia, devido às alterações de memória e limitações locomotoras, visto que está confinada a uma cadeira de rodas. Por vezes está amarrada, senão tenta levantar-se, não consegue andar mas, pensa que sim.

No processo clínico de RC existe um relatório médico de clínica geral e exames laboratoriais com data de outubro de 2012, altura em que foi institucionalizada. Não existem relatórios nem exames, anteriores nem posteriores a esta data. Deve referir-se que, não constam no processo relatórios de neurologia nem psiquiatria. O referido relatório revela os seguintes resultados: relativamente ao estado físico geral os ouvidos, nariz, garganta, olhos, coração, circulação, isófago, fígado, intestinos, estômago, útero, vagina, ovários, mama, pele, alergias, nervos, nevralgias, ezemas, doenças malignas e doenças infecciosas, não apresentam problemas. Apresenta: Hipertrofia ventricular esquerdo, ligeira osteoartrite de tipo generativo, osteoporose difusa dos elementos ósseos, dores de (reumatismo, rins e vias urinárias), colesterol elevado. Relativamente ao estado mental apresenta alterações de memória e desorientação. Quanto a passatempos gosta de conversar, ver TV, passear, andar a pé. Quanto a dificuldades é dependente da ajuda de terceiros para as AVD.

Exame do Estado Mental

As sessões são realizadas na sala de estar dos utentes, uma vez que, a utente ficou ansiosa quando tentei levá-la para a sala de visitas, no andar de cima, perguntando *“para onde me leva?”*. RC apresenta-se com uma aparência limpa, pouco asseada e apresentação razoável. Manteve sempre um comportamento passivo e a mesma postura corporal, sem movimentos ou gestos significativos, atitude pouco colaborante, raramente estabelece contacto ocular, expressão facial serena e por vezes sorridente, com um nível de consciência sonolento e pouco desperta aos estímulos do meio exterior. O humor é normal, ligeiramente ansiosa, principalmente quando que lembrava que tem que ir para casa *“Eu vivo na minha casa em S. Miguel da Carreira ..., trouxeram-me para aqui... Vim para aqui hoje e tenho de ir ver se apanho boleia para ir para S. Miguel da Carreira!”*(sic). Não foi observada presença de atividade delirante e ao nível perceptivo, não houve evidências de fenómenos alucinatórios. O conteúdo do pensamento encontra-se empobrecido, com relatos centrados em Deus e o processo de pensamento com perda da conexão entre os assuntos da conversa. Desorientada no tempo e no espaço. Atenção e concentração diminuídas, memória a curto

prazo e memória a longo prazo praticamente nula. Funções executivas alteradas. Compreende ordens simples, apresentando incapacidade de execução de ordens complexas. Ao nível da linguagem, apresenta um discurso pouco fluido e incoerente, pouco espontâneo e com dificuldade em manter a conversação.

Avaliação Psicológica/Psicométrica

Após a avaliação do estado mental de RC procedeu-se à aplicação dos seguintes instrumentos para avaliação psicológica/psicométrica: Mini-Mental State Examination com a finalidade de verificar o grau e défice cognitivo e a Escala de Depressão Geriátrica para avaliar a depressão.

Resultados: no Mini-Mental State Examination, a paciente obteve 5 pontos (5/30) revelando défice cognitivo grave, visto que o ponto de corte para analfabetos é de 15 pontos. Discriminadamente obteve na orientação 0/10; na retenção 1/3; na atenção e cálculo 0/5; na evocação 0/3; na linguagem 4/8; e nas habilidades construtivas 0/1. Na Escala de Depressão Geriátrica para avaliar a depressão obteve a pontuação de 9 pontos (9/30), indicando ausência de depressão, embora muito próximo de depressão leve.

As informações obtidas (junto da utente, do processo clínico e da equipa técnica do lar), e os resultados da avaliação não são suficientes, para apurar com segurança o diagnóstico principal da utente. A avaliação aponta para o diagnóstico de Perturbação Neurocognitiva major devido a doença de Alzheimer possível, com perturbação de comportamento. No entanto, para preencher os critérios para esta perturbação falta-nos saber se existe um início insidioso e progressão gradual do défice, num ou mais domínios cognitivos e se a utente teve algum AVC. Não existe forma de apurar, porque não existem exames, nem diagnósticos no processo clínico da utente, nem foi possível confirmar com a família. Perante estas dúvidas e por uma questão de precaução e segurança, opta-se por Perturbação Neurocognitiva Sem Não Especificada.

Diagnóstico

799.59 (41.9) Perturbação Neurocognitiva Não Especificada

Diagnóstico Diferencial

Uma vez que, por critérios de exclusão, apontamos para o diagnóstico de Perturbação Neurocognitiva Não Especificada exclui-se:

Perturbação Neurocognitiva Major devido a doença de Alzheimer possível, com perturbação de comportamento, uma vez que não sabemos se existe um início insidioso e progressão gradual do défice num ou mais domínios cognitivos e se a utente teve algum AVC; Delirium, uma vez que, no Delirium durante a evolução clínica, os sintomas

apresentam uma flutuação e não são relativamente estáveis como na Demência. No *delirium* os sintomas desenvolvem-se num curto espaço de tempo (em geral horas a dias), representa uma alteração relativamente a um nível anterior de atenção e consciência, e a sua gravidade tende a flutuar durante o dia, o que não se verifica com RC. Ainda no Delirium as múltiplas deficiências cognitivas não persistem de forma imutável como na Demência. No caso de RC, os sintomas apresentaram-se estáveis e as deficiências cognitivas persistiram durante o tempo de doença; Perturbação Mnésica porque, nesta perturbação a característica principal são os défices graves de memória e nesta não ocorrem outras deficiências significativas do funcionamento cognitivo como na Demência e no caso da RC; Deficiência Mental, uma vez que nesta existe um funcionamento intelectual abaixo do corrente, com deficiências no funcionamento adaptativo e com início antes dos 18 anos, não estando a deficiência mental necessariamente associada aos défices de memória; Esquizofrenia, uma vez que ao contrário da Demência, a Esquizofrenia no seu início precoce, apresenta um padrão característico de sintomas e a ausência de uma etiologia específica de estado físico geral ou de utilização de substâncias. Tipicamente, o défice cognitivo associado à Esquizofrenia, ainda é menos grave do que o observado na Demência; Perturbação Depressiva Major, uma vez que o declínio cognitivo nesta está associado a um estado depressivo e não tanto a um estado pré-mórbido do declínio do funcionamento cognitivo. A melhoria do quadro com o tratamento para a depressão pode ser útil para fazer a distinção. Também não explica melhor a sintomatologia, uma vez que, RC não apresenta sintomatologia depressiva; Simulação e Perturbação Factícia, pois aqui, os padrões não são consistentes no tempo e não se assemelham aos sintomas característicos de RC próprios da demência. Aqui, as pessoas podem fazer cálculos em várias situações e no exame mental afirmarem que não são capazes de o fazer; Perturbação neurocognitiva major ou ligeira devido a outra condição médica. Nesta perturbação existe evidência, a partir da história, exame físico ou exames laboratoriais de que a perturbação neurocognitiva é consequência fisiopatológica direta de outra condição médica. Os défices cognitivos não são melhor explicados por outra perturbação mental ou neurocognitiva como a doença de Alzheimer. Considerando a história, exame físico ou exames laboratoriais, não é o caso de RC.

Concetualização Teórica

O envelhecimento revela no indivíduo, mudanças psicológicas e sociais, que podem trazer alterações comportamentais, défices de cognição, de memória, linguagem, funções executivas, interferindo na autonomia, no desempenho social ou profissional do indivíduo. Estas podem adquirir diversas formas, desde estados de ansiedade até crises de agressividade

(Cruz, & Hamdan, 2008; Zanini, 2010). Como defende Frances e Ross (2004), relativamente ao “Plano de Tratamento da Demência”, os doentes com demência manifestam frequentemente um aumento da confusão e da desorientação durante a noite e têm especiais dificuldades em lidar com situações em ambientes não estruturados e pouco familiares. A confusão associada à demência pode muitas vezes ser melhorada, se for proporcionado um ambiente previsível, estruturado e orientador. O autor refere ainda que, a demência não é apenas uma perturbação cognitiva, implica uma combinação complexa de sintomatologia que pode incluir: delirium, sintomas psicóticos, sintomas depressivos, alterações da personalidade e perturbações do comportamento (Frances & Ross, 2004).

A sintomatologia apresentada é bem evidente na utente, que apresenta um quadro de perdas de memória a curto e longo prazo, desorientação temporal e espacial e confusão, consistente com a avaliação psicométrica, que revela presença défice cognitivo, grave, dependência nas AVD e níveis de ansiedade, mas ausência de depressão. No entanto, não foi possível concluir se este quadro teve um início insidioso e progressão gradual do défice, ou se foi devido a um provável choque emocional provocado pela mudança repentina de casa para o lar e o seu abandono por parte dos filhos.

Esta d vida não nos permite um diagnóstico fiável quanto   probabilidade de Perturba o Neurocognitiva Major devido a doença de Alzheimer. Não temos informa o, que nos permita concluir, se este impacto teve influência ao nível mental da utente, mas teve influência ao nível físico, visto que, a utente apresentava atividade locomotora normal, aquando do internamento, gostando muito de caminhar, (como refere o processo clínico da utente). Pouco tempo depois da institucionaliza o deixou de andar, ficando para sempre confinada   cadeira de rodas, tornando-se dependente quanto às AVD.

Foi, elaborado um plano de interven o psicoterapêutica, e reabilita o cognitiva, visando assim o retardar da evolu o dos défices cognitivos e preservar as capacidades mantidas proporcionando-lhe assim uma melhor qualidade de vida e bem-estar (Ferrari, 2001).

Formula o de objetivos de interven o

Foi elaborado um plano de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental, no sentido de desenvolver estratégias de *coping* relativas   ansiedade que sente quando se lembra que tem que ir trabalhar e ir para casa.

As consultas realizadas com a paciente permitiram concluir a presença de altera es de memória, desorienta o e confusão mental com suspeita de Demência, uma vez que não reconhece que está no lar, referindo que vive sozinha em sua casa, a comida   boa porque ela

sabe cozinhar muito bem, os pais estão à espera dela, se não a vem buscar levanta-se da cadeira de rodas e vai apanhar a camioneta. Quando diz que tem que ir para casa fica muito inquieta e agitada. Estas ideias estão a provocar-lhe alterações na sua vida social e ocupacional, contribuindo para o desenvolvimento de sintomatologia ansiosa.

Assim, perante o quadro apresentado, será iniciado um acompanhamento psicológico individual, de acordo com um plano de intervenção baseado em técnicas adequadas de estimulação cognitiva que objetivem orientar a utente no tempo e no espaço, reduzindo a sua desorientação, visando a redução da sintomatologia apresentada.

Intervenção Psicológica

Foi estabelecida uma relação terapêutica com a utente, baseada na empatia e escuta ativa, procurando estabelecer a aliança terapêutica. A intervenção baseou-se no Treino de Estimulação Cognitiva (TEC) e Técnicas de Orientação para a Realidade (TOR) com a finalidade de orientar a utente no espaço e no tempo, com auxílio de calendários e imagens da cidade de Barcelos. Foi também usada a Terapia da Reminiscência (TR), para evocação das experiências significativas ocorridas no passado e recordar experiências e fatos aos quais associasse sentimentos de prazer, permitindo analisar o passado, compreender as mudanças ocorridas, as adaptações e transições, os conhecimentos adquiridos e analisar as suas relações com os outros. Recordamos a sua vida de trabalho no campo e mostrei-lhe imagens, que tenho no computador de várias atividades no campo (carros de bois com estrume, lavradas com o arado, etc.). Foram momentos de felicidade vividos pela utente, libertando-a dos seus pensamentos e consequentemente da ansiedade provocada por eles. Estudos recentes indicam a utilização da TR junto de idosos com sintomatologia depressiva, trabalhando especificamente as estruturas da memória autobiográfica (MA), a nível da sua especificidade (Marques, 2012).

Avaliação do Estado Atual - Na avaliação final, foi aplicado o teste MMSE, com o intuito de se verificar se tinham ocorrido algumas alterações. Os resultados indicaram que se obtiveram com esta intervenção melhorias significativas. Por esta razão, revela-se importante a continuação do Treino de Estimulação Cognitiva, devendo encaminhar-se a paciente para o psicólogo clínico da instituição. Perante o quadro apresentado pedi a colaboração do serviço clínico para possibilidade de encaminhamento para Psiquiatria.

Nota: Os autores citados neste anexo constam na lista de Referências Bibliográficas.

ANEXO VI

Caso Clínico 3 – M. R.

Anexo VI - Caso Clínico 3 – M. R.

A Avaliação com a utente começou no dia 2 de Abril de 2015, seguindo-se a intervenção psicológica, terminando no dia 8 de Julho de 2015, sendo realizadas 15 sessões, com a duração de uma hora.

Avaliação e Intervenção Psicológica de MR

Identificação

MR nasceu em 24 de outubro de 1929, tem 85 anos, é natural de Silveiros, Barcelos e residia anteriormente na mesma localidade, é solteira, não tem filhos. De momento está reformada e institucionalizada no Centro Social de Silveiros da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos.

Problema/Motivo do Encaminhamento

MR foi encaminhada pela Diretora Técnica do Centro Social de Silveiros em virtude de ter dificuldades em cumprir as regras do lar e revelar por vezes comportamentos desadequados.

História do Problema

Através da entrevista de anamnese aplicada à utente foi possível obter informações que permitissem conhecer a história do seu problema.

História Desenvolvidamental e Psicossocial

MR nasceu em 24 de outubro de 1929, no seio de uma família de comerciantes de nível socioeconómico considerado médio, sendo a segunda de duas filhas do casal, mas, tinha meios-irmãos por parte do pai, muito mais velhos e com os quais nunca se relacionou. O pai era viúvo e já tinha filhos do primeiro casamento, quando se casou com a mãe dela. Refere que a sua relação com a mãe era muito boa, eram muito amigas e inseparáveis, viveu sempre com a mãe até esta falecer, tinha MR 36 anos. Afirma que não aceitou a morte da mãe e passou por um período muito difícil, acompanhou-a sempre na doença e nos tratamentos visto que sofria de pneumonia, mas faleceu devido a um AVC. Diz que não conheceu o pai, este faleceu quando ela tinha um ano de idade. A irmã também viveu sempre com a mãe, mesmo depois do seu casamento, do qual teve quatro filhos. Depois de a mãe falecer continuou a viver com a irmã, o cunhado e os sobrinhos. Diz que adorava a irmã, sempre se deram bem, eram muito amigas e acompanhou-a na sua doença acabando por falecer à 3 anos atrás. A sua família são agora quatro sobrinhos e alguns primos com os

quais tem boas relações. A nível académico frequentou a escola primária e concluiu a 2ª classe e a nível profissional, trabalhou com a mãe na mercearia e na padaria, desde criança até aos 20 anos. A partir daí decidiu ser costureira, profissão que exerceu toda a vida. Diz que teve uma adolescência feliz, teve apenas um relacionamento amoroso entre os 17 e 20 anos, o namorado acabou com a relação e nunca mais quis ninguém, apesar de não lhe faltarem pretendentes.

Relativamente à institucionalização, refere que veio para o lar por vontade própria porque estava saturada de viver sozinha. Deu entrada na instituição no dia 1 de agosto de 2013, adaptou-se muito bem e gosta de estar ali porque as auxiliares são muito atenciosas com os utentes. Diz que tem boa relação com os profissionais da instituição e também, com os outros utentes, embora alguns sejam muito aborrecidos, principalmente a sua colega de quarto, mas de modo geral, dá-se bem com toda a gente, demonstrando facilidade de socialização. Está satisfeita com a instituição mas, diz que a Diretora Técnica não devia deixar ir os idosos para a cama logo a seguir ao jantar, deviam ficar com ela na sala de espera, para rezarem o terço. Quanto ao suporte familiar diz que tem visitas dos sobrinhos.

História Clínica

MR afirma que atualmente não têm problemas preocupantes de saúde, embora tenha uma gastrite crónica há cerca de 40 anos e incontinência urinária. A nível mental não revela qualquer tipo de sintomatologia. No entanto, teve vários problemas de saúde no passado, já fez várias cirurgias e esteve internada várias vezes: aos 20 anos esteve internada 3 dias no hospital de Barcelos com febres muito altas, perdia sangue pelos intestinos, mas não foi diagnosticada qualquer doença; diz que por essa altura ouvia vozes e respondia-lhes; aos 48 anos fez uma cirurgia para retirar o útero no hospital de S. João, onde esteve internada alguns dias; aos 50 anos foi operada aos intestinos e esteve internada vários dias no hospital de V. N. de Famalicão; aos 70 anos fez uma cirurgia para retirar pedras da vesícula.

Em relação aos seus hábitos: diz que se alimenta bem, come de tudo, come diversas vezes por dia, principalmente fruta e têm sempre apetite; refere que têm um sono regular, adormece sem dificuldades logo que se deita, o sono é calmo, não tem pesadelos, não acorda durante a noite, acorda de manhã bem-disposta e não dorme durante o dia; revela que mantêm alguma atividade física, participa nos exercícios físicos organizados pelo lar e caminha cerca de uma hora por dia, uma vez que vai todos os dias a casa a pé. A sua atividade locomotora é normal, movimentando-se bastante rápido; afirma que é totalmente independente e autónoma em relação às (AVD), tendo apenas ajuda das auxiliares para tomar banho; os seus interesses principais são caminhar e rezar o terço.

Exame do Estado Mental

MR tem boa apresentação geral. Apresentava-se nas sessões com uma aparência limpa, roupas normais, sem adornos nem maquiagem. É uma mulher alta e magra, postura direita, sem deformidades físicas e caminha bastante rápido. A idade aparente é congruente com a idade real. Manteve sempre um comportamento normal, postura corporal adequada, movimentos e gesticulação adequada, estabelecendo contacto ocular, e expressão facial serena e sorridente, revelando alguma alegria. Demonstra uma atitude amigável, colaborante e cooperativa, humor e afeto normal, com um nível de consciência vígil e desperta aos estímulos do meio exterior.

Revela uma atividade psicomotora normal, manifestada pela normalidade dos movimentos, da fala e do curso do pensamento. Os dados obtidos indicam que a atividade física ou comportamento motor é congruente com o funcionamento psicológico. Apresenta uma atitude muito aberta, perante o avaliador, fornecendo informações que não lhe são pedidas, por vezes não responde às perguntas porque não presta atenção, gosta mais de falar do que ouvir.

Ao nível da consciência, atenção, concentração e percepção demonstra: capacidade para manter o foco da atenção numa atividade e nas perguntas do avaliador, embora revele alguma dificuldade de concentração, desviando-se por vezes do assunto da conversa; percebia e interpretava os estímulos auditivos, visuais, olfativos e táteis que lhe eram apresentados durante as sessões. Revela-se orientada no tempo e no espaço. Não revela alterações na memória recente (passado recente) de curto prazo, de longo prazo nem de memória remota (passado remoto), revelando-se capaz de reter permanente a informação que lhe é transmitida e recorda eventos importantes como a data nascimento, aniversário, morte da mãe e irmã. Não se verifica disparidade entre o afeto e o conteúdo do pensamento e como tal, o afeto/humor está apropriado ou congruente. MR apresenta um discurso coerente, espontâneo e repetitivo, a quantidade de ideias é abundante e dá informações que não lhe são pedidas. Apresenta uma linguagem clara, fala exageradamente, de forma muito rápida, em tom baixo, com gestos e postura adequados, mantém o contato ocular e apresenta uma expressão facial serena, por vezes sorridente demonstrando alguma alegria.

Quanto às funções psicofisiológicas, não tem insónia, sonambulismo, terror noturno, alterações do ciclo sono-vigília, nem diminuição da necessidade de sono. Tem uma alimentação regular, come bem, come de tudo e tem sempre apetite. Revela-se independente e autónoma, referindo que realiza todas as atividades da vida diária (AVD) sem ajuda, precisa de apoio parcial para a higiene pessoal.

Avaliação Psicológica/Psicométrica

Apesar de se verificar através da história clínica e da avaliação do estado mental que MR não apresentava défice cognitivo, nem depressão, ainda assim, procedeu-se à aplicação de instrumentos para avaliação psicológica/psicométrica. Foi-lhe aplicado o Mini-Mental State Examination para avaliar o grau de défice cognitivo e a Escala de Depressão Geriátrica para avaliar a depressão. O Mini-Mental State Examination revela que MR não apresenta défice cognitivo, uma vez que, obteve 25 pontos e o ponto de corte para as suas habilitações é de 22 pontos e a Escala de Depressão Geriátrica = 2/30 indica que não tem sintomas depressivos.

Diagnóstico

Sem Diagnóstico

Diagnóstico Diferencial

Delirium. No *delirium* os sintomas desenvolvem-se num curto espaço de tempo (em geral horas a dias), representa uma alteração relativamente a um nível anterior de atenção e consciência, e a sua gravidade tende a flutuar durante o dia, o que não se verifica com MR.

Perturbação depressiva major, a presença de depressão pode estar associada a uma diminuição do funcionamento diário e a dificuldades de concentração que pode assemelhar-se uma PNC, mas a melhoria do quadro com o tratamento para a depressão pode ser útil para fazer a distinção. Também não explica melhor a sintomatologia, uma vez que, MR não apresenta sintomatologia depressiva.

Perturbações Neurocognitivas: na PNC major ou ligeira devido a doença de Alzheimer (DA), os défices cognitivos deverão ser de início insidioso e de progressão gradual; na PNC major ou ligeira, devidas a outro processo neurodegenerativo (por exemplo, doença dos corpos de Lewy, degeneração lombar frontotemporal), os défices cognitivos também têm início insidioso e declínio progressivo, mas têm características próprias distintas da DA; na PNC vascular major ou ligeira existe em geral uma história de acidente vascular cerebral relacionado temporalmente com o início do défice cognitivo e os enfartes são considerados suficientes para serem responsáveis pelo quadro clínico. De acordo com a história clínica, exames laboratoriais, avaliação do estado mental e avaliação psicométrica MR não apresenta défice cognitivo. Considerando a história, exame físico, exames laboratoriais, avaliação do estado mental e avaliação psicométrica não é o caso de MR.

Formulação de objetivos de intervenção

Foi elaborado um plano de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental, no sentido de promover comportamentos adequados, consideramos que a utente deve beneficiar de

psicoterapia comportamental, no sentido de psicoeducar quanto às rotinas do lar, horários, higiene e respeito pela privacidade dos colegas.

Assim, perante o quadro apresentado, será iniciado um acompanhamento psicológico individual, de acordo com um plano de intervenção baseado em técnicas adequadas de psicoeducação, reforço e enfrentamento, que permitam reduzir os comportamentos desadequados e orientem a utente para comportamentos mais apropriados.

Intervenção Psicológica

Inicialmente foi estabelecida uma boa relação de trabalho com a utente, mediante um procedimento terapêutico designado empirismo colaborativo em que o terapeuta contribui com informações teóricas, práticas, enquanto o doente apresenta o seu conhecimento acerca das suas dificuldades. Esta intervenção tem como objetivo geral psicoeducar a utente no sentido de sessar comportamentos sociais desajustados.

Na primeira sessão, após o acolhimento e o reforço, foram dadas informações muito sucintas sobre a intervenção, relacionadas com algumas normas da instituição. Foi seguidamente convidada a refletir sobre questões de propriedade e sobre o fato de ninguém gostar que mexam nas suas coisas, mesmo que não se estrague ou tira nada. O objetivo inicial do processo terapêutico baseou-se em reduzir os conflitos verbais entre a mesma e com os outros utentes da instituição, desentendimento que acontecia devido à paciente possuir julgamentos negativos face aos outros utentes. As consultas realizadas com a paciente permitiram concluir a presença comportamentos desadequados e críticas relativamente aos horários do lar, principalmente a hora de deitar. Na intervenção psicoterapêutica, foi utilizado o Modelo Comportamental, e o Treino Assertivo, reforçando constantemente, o respeito pelos direitos dos outros, pretendendo manipular e controlar o comportamento através do reforço/punição e modelagem, procedendo a simulações fictícias, combinadas com funcionárias do lar, que fossem de encontro aos comportamentos desadequados da utente.

Revela-se importante continuar com o acompanhamento psicoterapêutico, uma vez que, a utente tem muita necessidade de atenção, precisa falar e não tem interlocutores. Neste lar quase todos os idosos apresentam défice cognitivo. Com a continuação do treino de competências sociais, reforço e modelação, pode conseguir-se melhorias no comportamento desadequado da utente.

ANEXO VII

Caso clínico 4 – L. M.

Anexo VII - Caso Clínico 4 - L. M.

Avaliação e Intervenção Psicológica de LM

Identificação

LM é do sexo feminino, tem 93 anos, é natural de Coimbra e residia em Barcelos. É viúva, tem uma filha e está institucionalizada no lar Rainha D. Leonor (LRDL), desde 2008.

Problema/Motivo do Encaminhamento

A utente foi encaminhada para o SP pela Diretora Técnica do LRDL, para se proceder a estimulação cognitiva uma vez que, apresentava variações significativas e frequentes de humor e apatia.

História do Problema

LM foi institucionalizada devido a Doença de Parkinson, uma vez que, não reunia condições de saúde física e mental para continuar a viver sem apoio de terceiros. A utente apresentava tremores permanentemente, alucinações frequentes e desmaios esporádicos.

História Desenvolvidamental e Psicossocial

LM nasceu em Coimbra no seio de uma família de três irmãos contando com ela. Descreve a mãe como uma pessoa muito carinhosa e davam-se muito bem. Descreve o pai como um homem muito interessante, de respeito e meigo, adoravam-se mutuamente. Chorou quando falou da morte dos pais referindo, “*tenho muitas saudades deles*” (sic). Afirma que a sua relação com o pai e a mãe e os irmãos não podia ser melhor e acrescenta, “*Tive uma juventude muito feliz*” (sic). Frequentou a escola primária e o liceu onde concluiu o 1º ano, tendo como habilitações literárias a 5ª Classe. Quanto ao nível profissional, refere que nunca teve uma profissão, era doméstica e bordadeira, por conta própria, nos tempos livres.

Sobre relações íntimas e história conjugal a utente refere que não teve outros namorados, conheceu o marido e casou, tinham uma relação muito boa, eram muito felizes e tiveram uma filha. Ficou viúva muito nova, o marido faleceu quando a filha tinha 10 anos de idade. Considera que foi uma das fases mais difíceis da sua vida. Diz que adora filha e a neta e tem muitas fotografias delas no quarto.

LM está institucionalizada há 7 anos, diz que veio para o lar por vontade dela devido à doença que a afetou nessa altura, adaptou-se bem às rotinas e gosta de estar ali. Sobre o suporte familiar diz que tem visitas, do compadre, às vezes do irmão e raramente da filha e da neta porque vivem em Lisboa. LM mantém uma ótima relação com os profissionais da instituição, contando que se dá muito bem com todas as funcionárias. Refere que tem boa

relação com os outros utentes e é muito amiga da utente que partilha o quarto com ela. Aceitou a entrada no lar com naturalidade, integrou-se e adaptou-se muito bem.

História Clínica

LM diz que não se recorda de ter problemas de saúde, acha que nunca teve doenças, não fez cirurgias nem esteve internada em hospitais. Adianta que na sua família também ninguém teve problemas de saúde. A sua única doença foi o aparecimento da Doença de Parkinson. Refere que não tem dores no corpo, mas, tem falta de memória, vê o diabo no espelho, tem muitos tremores que não consegue controlar, vê muito mal e precisava de óculos, acrescentando *“não me sinto bem sem óculos, com óculos era tudo muito melhor, até caminhava bem”* (sic).

Em relação aos seus hábitos: refere que se alimenta mal, come pouco, porque nunca tem apetite; descreve o seu sono como mau, custa-lhe a adormecer, acorda durante a noite, tem pesadelos horríveis, sonha quase sempre com o “diabo”, que lhe aparece de diversas maneiras, sempre horroroso e tem muito medo; sobre as suas rotinas diárias refere que adora dançar mas não pode, caminha com dificuldades, para se deslocar precisa de ser amparada e não participa nas atividades do lar, é totalmente dependente de terceiros quanto às atividades da vida diária (AVD).

Para além do relato de LM, obtiveram-se informações junto da equipa técnica do lar e do processo clínico para clarificar a história clínica da utente. A equipa técnica do lar confirma os relatos da utente. De acordo com o processo clínico, LM não evidencia antecedentes psiquiátricos. Em 2008, foi consultada pelo Neurologista e o relatório revelou Demência Secundária a Doença de Parkinson.

Exame do Estado Mental

Apresentava-se nas sessões com boa aparência, aspeto limpo, bem penteada, vestuário adequado por vezes adornos, mostra ter higiene e cuidados relativamente à imagem pessoal. A idade aparente é congruente com a idade real. Na primeira sessão LM apresentava uma expressão facial apática, rigidez corporal, não gesticulava, tremores muito intensos, postura imóvel, não reagia ao que lhe dizia e não estabelecia contato ocular, parecendo assustada. Mantinha-se focada numa imagem de N^a S^a de Fátima que estava num móvel e no espelho que estava mesmo por cima. Parecia que estava a atravessar um momento de alucinações. Coloquei-me frente ao espelho, peguei na imagem e disse a LM para pegar nela, primeiro recusou, mas depois aceitou e coloquei-a no seu colo. A utente sorriu e olhou para mim pela primeira vez, retirou o olhar do espelho e começou a observar a imagem, com uma expressão facial mais tranquila e ligeiramente sorridente. O comportamento da utente

alterou-se significativamente tornando-se mais colaborativa. Estabeleceu o contato ocular, sorria várias vezes, o humor alterou-se repentinamente, até parecia outra pessoa e começou a responder-me. Como prestava atenção às minhas perguntas, iniciamos a aplicação da entrevista de anamnese, que só concluímos na segunda sessão.

LM revela uma lentificação dos movimentos da fala, por vezes fala tão baixo que mal se percebe. Demonstra uma atitude passiva, gesticulação muito reduzida e expressão facial expressiva. Mostrou-se colaborante e cooperativa, respondia a todas as questões, mas a verbalização era lenta e monótona. Ao nível da consciência, atenção, concentração e percepção LM apresenta-se: vígil e desperta aos estímulos do meio exterior; demonstra capacidade para manter o foco da atenção nas perguntas do avaliador, embora se desvie por vezes do assunto da conversa; percebia e interpretava os estímulos auditivos, visuais, olfativos e táteis que lhe eram apresentados durante as sessões. Revela-se desorientada no tempo e no espaço, a memória está clinicamente afetada devido ao diagnóstico e verificam-se, na maior parte das vezes, alucinações e tremores.

Revela um afeto achatado e humor eutímico, visto que a resposta emocional era diminuída quando se mudava de assunto não se verificando variações na expressão facial, tom de voz, postura e gestos. Quanto ao pensamento verifica-se que o seu discurso é coerente, a maior parte do tempo embora com algumas lacunas. Apresenta uma linguagem por vezes pouco perceptível, fala de forma lenta, em tom baixo, com postura adequada, mantêm o contato ocular e apresenta uma expressão facial serena, com alguns sorrisos quando é elogiada.

Avaliação Psicológica/Psicométrica

Após uma avaliação inicial com a Anamnese da SCMB e avaliação do estado mental de LM procedeu-se à aplicação dos seguintes instrumentos para avaliação psicométrica: o MMSE para avaliar o grau de défice cognitivo; Seguidamente aplicou-se a EDG (Escala de Depressão Geriátrica), para avaliar o estado depressivo; Resultados dos testes: no MMSE obteve uma pontuação total de 20 pontos, revelando que apresenta défice cognitivo, visto que o ponto de corte para as suas habilitações é de 22. Discriminadamente obteve: orientação temporal = 0/5 pontos; orientação espacial = 3/5 pontos; retenção = 3/3 pontos; atenção e cálculo = 5/5 pontos; evocação = 2/3 pontos; linguagem = 7/8 pontos; habilidades construtivas = 0/1 pontos. De acordo com este teste, as áreas mais afetadas são a orientação temporal e as habilidades construtivas. O motivo de apresentar défice cognitivo é precisamente a falha de memória de LM devido à doença de Parkinson. Na EDG obteve 12 pontos, significando que

apresenta depressão muito ligeira, uma vez que o ponto de corte para ausência de depressão é de 10 pontos.

Diagnóstico

322.0 (G20) Doença de Parkinson, 294.11 (F02.81) Perturbação Neurocognitiva Major provavelmente devia à Doença de Parkinson, com alterações do comportamento.

Diagnóstico Diferencial

Perturbação Neurocognitiva Major provavelmente devia à Doença de Parkinson, é diferenciada de: Delirium, uma vez que no Delirium, durante a evolução clínica, os sintomas apresentam uma flutuação e não são relativamente estáveis como na Demência. Perturbação Neurocognitiva Vascular, porque nesta demência, estão presentes sinais neurológicos focais e evidência laboratorial de doença vascular que se pensa estar relacionada com a demência. Perturbação Neurocognitiva Persistente Induzida por Substâncias, pois a Perturbação não resulta dos efeitos de alguma substância; Perturbação Neurocognitiva do Tipo Alzheimer, uma vez que as características do seu início (mostra-se gradual, envolvendo um declínio cognitivo continuado), os défices cognitivos de LM, são devidos ao Parkinson, doença do sistema nervoso; Perturbação Neurocognitiva Sem Outra Especificação, pois existe evidência para determinar que o défice cognitivo é devido a Doença de Parkinson; Deficiência Mental, uma vez que nesta existe um funcionamento intelectual abaixo do corrente, com deficiências no funcionamento adaptativo e com início antes dos 18 anos, não estando a deficiência mental necessariamente associada aos défices de memória; Perturbação Neurocognitiva devido a Esquizofrenia, não existe uma etiologia específica deste estado físico geral e esta apresenta um padrão característico de sintomas que a identificam e que diferem dos sintomas característicos de LM; Perturbação Depressiva Major, uma vez que o declínio cognitivo nesta está associado a um estado depressivo e não tanto a um estado pré-mórbido do declínio do funcionamento cognitivo.

Concetualização Teórica

A avaliação neuropsicológica é indicada, principalmente, na identificação de declínio cognitivo no idoso, na avaliação dos prejuízos de áreas cerebrais com alterações neurológicas, no diagnóstico diferencial de síndrome psicológica/psiquiátrica e neurológica, norteando uma intervenção reabilitadora (Zanini, 2010). A Perturbação Neurocognitiva Major provavelmente devia à Doença de Parkinson é a consequência fisiopatológica direta da doença de Parkinson. É uma doença neurológica, lentamente progressiva, caracterizada por tremor, rigidez, bradicinesia e instabilidade postural, lentificação motora e cognitiva,

disfunção executiva e déficit na memória de evocação. Na autópsia, são evidentes a perda neuronal e os corpos de Lewy na substância negra (Santana, 2005).

Várias investigações têm revelado uma melhoria significativa nas competências cognitivas, na qualidade de vida e nas habilidades funcionais em idosos, após a aplicação de Programas de Estimulação Cognitiva (Loewensteine, 2004; Spector, Orell, & Woods, 2010; Pires, 2008; cit in Gonçalves, (2012). Estes programas têm demonstrado resultados positivos na manutenção e na melhoria dos processos cognitivos e na diminuição dos sintomas depressivos em idosos (Spector et al., 2003; Raes, Williams, & Hermans, 2009; cit in Gonçalves, 2012).

Formulação de objetivos de intervenção

As informações recolhidas permitem concluir que LM apresentava desorientação temporal e espacial, e alucinações, alterações de humor, tremor, rigidez corporal, lentificação motora e cognitiva. Este quadro está a provocar-lhe alterações na sua vida social e ocupacional, contribuindo para o seu isolamento e desenvolvimento de sintomatologia ansiosa. Assim, perante o quadro apresentado, será iniciado um acompanhamento psicológico individual, de acordo com um plano de intervenção baseado em técnicas adequadas, tendo como objetivo, reduzir a sua desorientação, a rigidez corporal, as alterações de humor, contribuir para melhorar a qualidade do sono e da alimentação, visando a redução da sua sintomatologia ansiosa. Tendo em consideração os objetivos pretendidos, parece adequado utilizar na intervenção a terapia cognitivo-comportamental, como a respiração diafragmática, psicoeducação acerca da alimentação, treino de estimulação cognitiva, Terapia de Orientação para a Realidade (TOR) e Terapia da Reminiscência (TR).

Intervenção Psicológica

A intervenção com a utente iniciou-se com o estabelecimento da aliança terapêutica.

As sessões começavam com o questionamento do seu estado de saúde, alimentação, sono e rotinas diárias. Seguidamente utilizava-se TOR, a TR, exercícios de estimulação cognitiva, respiração diafragmática e psicoeducação sobre a alimentação.

Com a respiração diafragmática, procurava-se reduzir a tensão, a rigidez corporal, o nervosismo e ansiedade. No final do exercício a utente referia que se sentia melhor, e de fato notava-se que as tremuras diminuía. Com a psicoeducação sobre a alimentação procurou-se que a utente comesse a comer melhor. Como a utente dizia que nunca tinha apetite, olhava para a comida e não comia, perguntei-lhe que tipo de alimentos gosta mais e referiu alguns. Coloquei a questão à nutricionista e foram discutidas as necessidades nutricionais e

energéticas, em conjunto com a utente, explicando-lhe que, embora se faça um plano alimentar, existem alterações, no olfato e no paladar, durante o processo de envelhecimento.

Realizava-se em sessões alternadas a estimulação cognitiva, nomeadamente de atenção e linguagem, (compreensão de ordens, leitura, escrita, nomeação, evocação e vocabulário) dos livros Doença de Alzheimer, exercícios de estimulação de Belina Nunes e Joana Pais (2006), com o objetivo de estimular a memória imediata e recente, no sentido de obter melhorias e ajudar a organizar a dinâmica cognitiva.

Em todas as sessões se utilizava-se a TOR, procurando orientar a utente no tempo e no espaço, recordando o dia do mês, o dia da semana, o mês, o ano, o local onde nos encontrávamos assim como o piso do lar, a cidade o distrito e o país, com a ajuda de calendários e imagens que lhe ofereci. Com o passar das sessões e o uso da estratégia, pôde verificar-se que a dificuldade ia diminuindo substancialmente.

Em sessões alternadas utilizava a TR recordando experiências ou fatos aos quais a utente associasse prazer, analisando desta forma o passado, a adaptação a transições, a aquisição de conhecimentos, a comunicação com os outros e a promoção da autoimagem do paciente. Com a utilização desta técnica pretendia-se também diminuir a sintomatologia depressiva do utente.

Avaliação do estado atual: Os testes de avaliação aplicados no início da intervenção foram novamente aplicados no final desta, sendo que os resultados permitiram verificar que houve remissão parcial dos sintomas depressivos e da ansiedade. No entanto, é de salientar que ss realizaram apenas nove sessões, podendo obter-se melhores resultados com a continuação do acompanhamento. Por esta razão, revela-se importante a continuação do Treino de Estimulação Cognitiva, devendo encaminhar-se a paciente para o psicólogo clínico da instituição

Nota: Os autores citados neste anexo constam na lista de Referências Bibliográficas.

Quadro - Respiração Diafragmática

Respiração Diafragmática

Instruções

1. Coloque-se de forma confortável sentado ou deitado;
2. Coloque a mão no abdômen próxima do umbigo;
3. Feche os olhos e concentre-se na sua respiração;
4. Inspire pelo nariz e encha os pulmões de ar e leve-o até o abdômen, percebendo que ele se movimenta. Pode imaginar que está a encher um balão, que está dentro da sua barriga;
5. Ao inspirar, conte mentalmente até cinco para que o pulmão e o abdômen fiquem expandidos;
6. Retenha o ar enquanto conta mentalmente até dois mantendo a barriga e os pulmões cheios;
7. Solte a respiração pela boca contando mentalmente até dez esvaziando completamente o pulmão e o abdômen;
8. Procure efetuar os movimentos respiratórios de forma a que haja pouco movimento torácico (movimento do peito) e mais movimentos abdominais (movimento de barriga)
9. Repita dez vezes a respiração, caso sinta tonturas ou veja “bolinhas” ao abrir os olhos, saiba que isso é normal e vai desaparecer. Isso acontece, porque o cérebro recebeu maior quantidade de oxigênio;
10. Adapte o ritmo de forma a sentir-se confortável;
11. Respire profundamente e abra lentamente os olhos;
12. Veja como se sente totalmente bem e em perfeito equilíbrio com a natureza

ANEXO VIII

Caso clínico 5 – M. S.

Anexo VIII – Caso Clínico 5 – M. S.

Avaliação e Intervenção de MS

Identificação

MS, sexo feminino, tem 82 anos, é viúva, tem 4 filhos, é natural e residia em Barcelos está reformada e institucionalizada no LRDL, da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos.

Problema/Motivo do Encaminhamento

MS foi encaminhada para o serviço de psicologia devido à demonstração de comportamentos desadequados.

História do Problema

Através da entrevista de anamnese aplicada à utente não foi possível obter informações que permitissem conhecer a história do seu problema. Alguns dados foram obtidos através da consulta do processo clínico e junto da equipa técnica do lar, uma vez que, a utente não recorda a idade nem data de nascimento. Refere que o principal problema dela foi os filhos internarem-na no lar. “*Tenho muito desgosto porque não querem saber de mim, fiz tudo por eles e agora abandonaram-me*” (sic). Refere ainda que sofreu muito porque não conseguia adaptar-se ao lar. Após o falecimento do marido, continuou na residência, a viver sozinha até ao início dos problemas, e posterior institucionalização, uma vez que a utente não podia continuar a viver sozinha, porque não tinha capacidade para tratar das AVD, sem ajuda.

História Desenvolvimental e Psicossocial

MS nasceu em Barcelos, no seio de uma família de nível socioeconómico baixo/médio. A mãe era doméstica e descreve-a como uma pessoa muito boa e carinhosa. O pai era Ferrador, um homem honesto e trabalhador, muito conhecido, respeitado e relacionado com a alta sociedade de Barcelos e arredores. Afirma que a sua relação com o pai e a mãe era muito boa e acrescentou “*eu gostava muito dos meus pais, dava-nos todos muito bem*” (sic) e começou a chorar. Recorda que era uma criança feliz, bem comportada e muito educada.

A nível académico frequentou a escola primária, concluiu a 3ª classe em criança e 4ª classe, quando adulta e a sua relação com os seus colegas de escola era boa. A nível profissional, era técnica têxtil, foi trabalhar para a fábrica de malhas “Tebe” por volta dos 18 anos de idade, referindo que foi um período muito feliz da sua vida

Afirma que teve uma adolescência feliz, não teve outros relacionamentos amorosos, conheceu o marido e algum tempo depois casou. Eram muito felizes, descreve a relação com o seu marido como muito boa, dizendo “*gostava muito do meu marido, era muito meu amigo*” (sic). Quando falou da morte do marido, começou a chorar. Após o falecimento do marido, continuou na residência, a viver sozinha até ao início dos problemas e posterior institucionalização. Foram os filhos que decidiram institucionaliza-la uma vez que ela não reunia condições de saúde física e mental para continuar a viver sem apoio de terceiros. Refere que tem boa relação com os profissionais da instituição e que se dá bem com toda a gente. Está satisfeita com a instituição, mas tem dificuldades de socialização com o pessoal da instituição e com os outros utentes, não participa nas atividades desenvolvidas no lar e isola-se muito no quarto. Quanto ao suporte familiar, diz que só tem visitas de um filho e muito raramente.

História Clínica

MS refere que nunca teve problemas de saúde, não fez cirurgias nem esteve internada em hospitais. Diz que atualmente tem muitas dores nas pernas e a garganta sempre seca. Refere que na sua família ninguém teve problemas de saúde. Em relação aos seus hábitos: refere que tem uma alimentação regular, come bem, come de tudo e tem sempre apetite, diz que o sono é normal, dorme mais ou menos 8 horas, adormece logo que se deita, dorme bem, não acorda durante a noite, não tem pesadelos, acorda de manhã bem-disposta e não dorme durante o dia. A nível ocupacional, refere que não participa em atividades porque não lhe apetece. Quanto às atividades da vida diária (AVD) revela-se independente e autónoma, referindo que realiza todas as (AVD), precisando apenas de apoio parcial para a higiene pessoal. Em virtude do relato de MS ser vago, obtiveram-se informações mais fidedignas junto do processo clínico, da equipa técnica do lar para clarificar a história clínica da utente.

De acordo com o processo clínico, a utente não evidencia antecedentes psiquiátricos. O relatório do Neurologista revelou síndrome demencial com alterações cognitivas importantes: desorientada, perda significativa da memória (acontecimentos recentes); quadro demencial em evolução. Possível doença do tipo Alzheimer com início tardio. Está medicada com: Zaldiar, Microlax, Diazepam, Triticum e Memantina.

Exame do Estado Mental

MS apresentava-se nas sessões com aspeto cuidado, uma aparência limpa e asseada, sem maquiagem, roupas normais e adequadas à temperatura do ambiente. Demonstra uma atitude amigável, humor e afeto normal e mantêm o contato visual. A idade aparente é congruente com a idade real. Revela uma atividade psicomotora retardada, manifestada pela

lentificação dos movimentos, da fala e do curso do pensamento. Demonstra uma atitude passiva, gesticulação adequada mas muito reduzida e expressão facial expressiva. Quanto à atividade psicomotora, os dados obtidos indicam que a atividade física ou comportamento motor é congruente com o funcionamento psicológico. Apresenta uma atitude reservada, mas mostrou-se colaborante e cooperativa esforçando-se para responder a todas as questões. O tipo de comunicação pode descrever-se como não espontâneo e a verbalização era lenta e monótona. Ao nível da consciência, atenção, concentração e percepção apresenta-se: vígil e desperta aos estímulos do meio exterior; demonstra capacidade para manter o foco da atenção numa atividade e nas perguntas do avaliador, embora revele alguma dificuldade de concentração; percebia e interpretava os estímulos auditivos, visuais, olfativos e táteis que lhe eram apresentados durante as sessões.

Relativamente à orientação, revela-se: desorientada no tempo, uma vez que, não recorda o ano, mês, dia da semana e dia do mês; orientada no espaço quanto a locais familiares em relação ao passado, como local de residência, distrito, país, local de trabalho. Revela alterações na memória recente (passado recente): de curto prazo, visto que, cinco minutos depois, já não se lembra daquilo que lhe foi dito; de longo prazo porque não se lembrava do que comeu ao jantar no dia anterior, do que comeu ao pequeno-almoço, nem das visitas que teve no fim de semana. Não se verifica disparidade entre o afeto e o conteúdo do pensamento e como tal, o afeto/humor está apropriado ou congruente. Quanto ao pensamento verifica-se que o seu discurso é coerente, ocorrendo inferências de conclusões lógicas, a quantidade de ideias é escassa e lenta, uma vez que, tem dificuldades em iniciar e manter uma conversa. Apresenta uma linguagem clara, fala normalmente, de forma lenta, com gestos e postura adequados, mantêm o contato ocular e apresenta uma expressão facial serena, com alguns sorrisos quando se fala do seu passado.

Relativamente às funções psicofisiológicas, não tem insónia inicial, terminal ou no meio da noite, sonambulismo, terror noturno, apnéia do sono, alterações do ciclo sono-vigília, nem diminuição da necessidade de sono, visto que está medicada para dormir. Declara que adormece logo que se deita, dorme bem, não acorda durante a noite, acorda de manhã bem-disposta, não tem pesadelos, dorme mais ou menos 8 horas. Refere que tem uma alimentação regular, come bem, come de tudo e tem sempre apetite. Revela-se independente e autónoma, referindo que realiza todas as atividades da vida diária (AVD) sem ajuda, no entanto, a equipa técnica do lar diz que precisa de apoio parcial para a higiene pessoal.

Avaliação Psicológica/Psicométrica

Após a avaliação do estado mental de MS procedeu-se à aplicação do Mini-Mental State Examination (MMSE) para avaliar o grau de défice cognitivo e da Escala de depressão Geriátrica (EDG) para avaliar estado depressivo. Resultados dos testes: no MMSE, obteve uma pontuação total de 19 pontos revelando que apresenta défice cognitivo, visto que o ponto de corte para as suas habilitações é de 22. Discriminadamente obteve na orientação 3/10; na retenção 3/3; na atenção e cálculo 5/5; na evocação 0/3; na linguagem 8/8; e nas habilidades construtivas 0/1. Na EDG obteve uma pontuação total de 19 pontos revelando que apresenta depressão ligeira.

Diagnóstico

331.9 (G31.9) Perturbação Neurocognitiva Major devido a doença de Alzheimer possível, sem perturbação de comportamento.

Diagnóstico Diferencial

A Perturbação Neurocognitiva (PNC), devido a doença de Alzheimer, os défices cognitivos deverão ser de início insidioso e de progressão gradual. Diferencia-se de outras PNC: As PNC major ou ligeira, devidas a outro processo neurodegenerativo (por exemplo, doença dos corpos de Lewy, degeneração lombar frontotemporal), também têm início insidioso e declínio progressivo, mas têm características próprias distintas; na PNC vascular major ou ligeira, existe em geral uma história de acidente vascular cerebral relacionado temporalmente com o início do défice cognitivo e os enfartes são considerados suficientes para serem responsáveis pelo quadro clínico e estão presentes os sinais neurológicos focais e a evidência laboratorial da doença vascular, que se pensa estar relacionada com a perturbação; Ora, de acordo com a história clínica e exames laboratoriais, não é o caso MS porque, não existe evidência de acidente vascular cerebral; Perturbação Depressiva Major, a presença de depressão pode estar associada a uma diminuição do funcionamento diário e a dificuldades de concentração que pode assemelhar-se uma PNC, mas a melhoria do quadro com o tratamento para a depressão pode ser útil para fazer a distinção. Também não explica melhor a sintomatologia, uma vez que, MS não apresenta sintomatologia depressiva; Deficiência Mental, uma vez que, esta é caracterizada por um funcionamento intelectual abaixo do corrente, com deficiências no funcionamento adaptativo e com início antes dos 18 anos, enquanto o início da demência é normalmente tardio; Delirium, os sintomas desenvolvem-se num curto espaço de tempo (em geral horas a dias), representa uma alteração relativamente a um nível anterior de atenção e consciência, e a sua gravidade tende a flutuar durante o dia, o que não se verifica com MS; Perturbação Neurocognitiva major ou ligeira devido a outra condição médica. Nesta perturbação existe evidência, a partir da

história, exame físico ou exames laboratoriais de que a perturbação neurocognitiva é consequência fisiopatológica direta de outra condição médica. Os défices cognitivos não são melhor explicados por outra perturbação mental ou neurocognitiva como a doença de Alzheimer. Considerando a história, exame físico ou laboratoriais, não é o caso de MS.

Concetualização Teórica

O envelhecimento revela no indivíduo, mudanças psicológicas e sociais, que podem provocar alterações comportamentais, défices de cognição, de memória, linguagem, funções executivas, interferindo na autonomia, no desempenho social ou profissional do indivíduo. Estas alterações podem adquirir diversas formas, desde estados de ansiedade até crises de agressividade (Cruz & Hamdan, 2008; Zanini, 2010). A mais frequente destas afeções é a doença de Alzheimer, está tipicamente associada ao envelhecimento do ser humano, verificando-se um aumento da prevalência a partir dos sessenta e cinco anos de idade. A (DA) representa mais ou menos 50% dos casos nas séries clínicas dos hospitais e entre 70-80% do total dos casos nas séries anatomopatológicas (Camões, Pereira, & Gonçalves 2005). As demências podem ser classificadas em duas categorias etiológicas: as degenerativas, onde se inclui a DA; e não degenerativas, por exemplo, a Demência Vascular (Allegri, Serrano, & Delavald, 2001). A DA é uma afeção degenerativa do sistema nervoso, ou seja, as suas causas não são realmente conhecidas e manifestam-se por uma perda sistematizada, anormalmente importante, de certos grupos de neurónios. As demências degenerativas primárias definem-se como causadas por um transtorno que afeta em primeiro lugar o sistema nervoso central, e cuja etiologia não é bem conhecida na atualidade (Camões et al., 2005).

Crítérios de diagnóstico segundo o DSM V: a) estão preenchidos os critérios para perturbação neurocognitiva major ou ligeira; b) existe um início insidioso e progressão gradual do défice num ou mais domínios cognitivos; c) estão preenchidos os critérios para possível ou provável doença de Alzheimer. Para perturbação neurocognitiva major: fica excluído o diagnóstico de doença de Alzheimer provável, porque segundo a história familiar e exames laboratoriais, não há evidência da existência de uma mutação genética causadora da doença de Alzheimer; assim, estão preenchidos os critérios para perturbação neurocognitiva major doença de Alzheimer possível: clara evidência de declínio da memória e da aprendizagem; declínio gradual, continuamente progressivo, da cognição, sem períodos estacionários prolongados; não existe evidência de etologia mista (ausência de outra doença neurodegenerativa ou cerebrovascular, ou de outra condição neurológica, mental ou sistémica que possa contribuir para o declínio cognitivo) (APA, 2014).

Estes défices são bastante evidentes em MS que progressivamente foi apresentando perdas de memórias cada vez mais graves, culminando com um quadro de desorientação. Os sinais apresentados anteriormente apontam para perturbação neurocognitiva major devido a doença de Alzheimer possível, sem perturbação de comportamento, sendo consistente com resultados obtidos, através da história clínica, exames laboratoriais, avaliação psicológica e avaliação psicométrica que revelam presença de défice cognitivo, moderado, dependência parcial nas AVD e níveis de ansiedade acima da média, mas ausência de depressão. Foi elaborado um plano de intervenção psicoterapêutica, e reabilitação cognitiva, visando assim o retardar da evolução dos défices cognitivos e preservar as capacidades mantidas proporcionando-lhe assim uma melhor qualidade de vida e bem-estar (Ferrari, 2001).

Formulação de objetivos de intervenção

Perante o quadro apresentado, será iniciado um acompanhamento psicológico individual, de acordo com um plano de intervenção baseado em técnicas adequadas com o objetivo de orientar a utente no tempo e no espaço, visando a redução da sua sintomatologia ansiosa. Após pesquisas, que avaliaram a reabilitação da memória como um todo, vários estudos passaram a investigar as técnicas mais eficazes para a reabilitação cognitiva, designadamente: a Terapia de Orientação para a Realidade; a Reeducação Comportamental Ativa; a Terapia da Reminiscência (Camões et al., 2005).

Terapia de Orientação para a Realidade (TOR): foi desenvolvida por James Folsom em 1968, com o objectivo de reduzir a desorientação e confusão e orientar o doente no tempo e no espaço, relembrando com ele, por meio de pistas ou auxílios externos, o dia do mês, o ano, e o local onde está. É uma terapia que se baseia em algumas estratégias de repetição contínua de dados reais, da presença contínua de informações atuais e muitas atitudes de socialização. A técnica de orientação para a realidade é de natureza informal e contínua, onde a informação se realiza em cada contacto do paciente com os cuidadores (acompanhantes), os quais comentam a situação atual do paciente (onde está, de onde veio, aonde vai, dia e hora e situações que sucedem no ambiente). As informações são sempre passadas de forma clara, objetiva e paulatinamente, utilizando a comunicação pessoal (olhares, gestos, contacto físico, voz, sons) e através de objetos (como relógios, calendários, revistas, figuras, músicas, etc).

Reeducação Comportamental Ativa (RCA): pretende uma maior autonomia e adaptação da pessoa, para diminuir a sua sensação de inferioridade e dependência. Com esta terapia pretende-se uma intensificação das interações sociais para se conseguir o máximo de independência do paciente. Inicialmente deve elaborar-se um inventário das atitudes que se

pretende modificar e depois, analisam-se as variáveis que podem intervir nas atitudes e as modificações ambientais e pessoais de modo a obter os objetivos pretendidos. Todas as técnicas de orientação para a realidade procuram aumentar a frequência de contactos sociais, a troca verbal, o incremento da autonomia da marcha e mobilidade, a diminuição das condutas perigosas, inadequadas e ineficazes, a orientação espacial e temporal, a higiene corporal, a participação em atividades de grupo, etc. (Camões et al., 2005).

Terapia da Reminiscência (TR): é uma técnica de orientação para a realidade, que visa estimular a memória remota do paciente, com factos significativos de sua vida, por meio de figuras, músicas, jogos e outros estímulos relacionados com a juventude dos pacientes. Esta técnica tem sido muito utilizada para recordar emoções vividas previamente, gerando maior sociabilização e entretenimento como parte da terapia.

Intervenção Psicológica

Na fase inicial da intervenção Psicológica com MS estabeleceu-se uma relação terapêutica baseada na confiança, empatia, compreensão, e no apoio incondicional. Depois de estabelecida a relação, procedeu-se à recolha de informação da história clínica da paciente. Numa fase seguinte avaliaram-se os sintomas apresentados, começando por aplicar, o MMSE e a EDG. De salientar que se utilizava em todas as sessões: a terapia de orientação para a realidade, com a finalidade de orientar a paciente no tempo e no espaço; a Terapia da Reminiscência, com o intuito da paciente recordar experiências ou fatos, aos quais associasse prazer (Aberg, Hepworth, Lithell O'Reilly, & Sidenvall, 2005; cit in Gonçalves, Albuquerque, & Martín, 2008). Com a realização desta terapia, pretendeu-se que MS recorda-se situações vividas, analisando desta forma o passado, a adaptação a transições, a aquisição de conhecimentos, a comunicação com os outros e a promoção da autoimagem do paciente (Maes & Puyenbroeck, 2005; cit in Albuquerque et al., 2008). A Terapia da Reminiscência pode ser utilizada de forma preventiva ou remediativa (Albuquerque, et al., 2008). Durante o processo terapêutico foi utilizada de forma remediativa, dado a sintomatologia já estar instalada. Começamos a realizar um Treino de Estimulação Cognitiva, com o objetivo de estimular a memória imediata, remota e recente, assim como estimular as funções executivas através de exercícios sobre semelhanças, diferenças sequências de ação e sequências lógicas. Foram realizados ainda exercícios para estimular a atenção e a linguagem. Tal como referem Corrêa e Silva (2009), a demência de Alzheimer é progressiva e as expectativas de melhoras são muito limitadas, deste modo, a estimulação cognitiva aplica-se no sentido de arrastar o processo degenerativo e promoção de melhoras ao nível da plasticidade cerebral, sendo que o treino de estimulação cognitiva, pode ainda

ajudar a organizar a dinâmica cognitiva, do sujeito proporcionando-lhe desta forma um maior bem – estar. De ressaltar que a paciente se foi demonstrando sempre motivada à realização dos exercícios.

Avaliação do Estado Atual – Na avaliação final foi aplicado o MMSE com o intuito de se verificar se tinham ocorrido algumas alterações. Os resultados revelaram que a utente não obteve alterações significativas relativamente ao défice cognitivo, uma vez que, na avaliação inicial obteve 19 e na avaliação final obteve a mesma pontuação, sugerindo que apresenta défice cognitivo, uma vez que o ponto de corte para as suas habilitações é 22 pontos. No entanto, já não se verificam comportamentos desadequados e conseguiram-se melhorias significativas quanto a sua sintomatologia ansiosa. De salientar que se realizaram apenas 9 sessões com esta utente. Por esta razão, revela-se importante a continuação do Treino de Estimulação Cognitiva, devendo encaminhar-se a paciente para o psicólogo clínico da instituição.

Nota: Os autores citados neste anexo constam na lista de Referências Bibliográficas.

ANEXO IX

Programa de Intervenção em Grupo: Estimulação Cognitiva

ANEXO IX

Programa de intervenção em grupo: estimulação cognitiva

Este tem como finalidade a estimulação cognitiva dos idosos com défice cognitivo, e dirige-se aos utentes do Centro Social Comendadora Maria Eva Nunes Correia em Silveiros. Tem como objetivo estimular várias áreas cognitivas: atenção, concentração, memória, funções executivas, linguagem oral, orientação, cálculo e competências motoras; promover a interação social entre os idosos, e psicoeducação breve sobre o envelhecimento. Os destinatários desta intervenção foram os utentes com défice cognitivo moderado, sem patologias demenciais em estado avançado que impossibilitem a interação num programa de estimulação cognitiva em grupo. A avaliação foi de carácter individual, dividida em dois períodos, pré-intervenção e pós-intervenção e será aplicado, nos dois momentos, o MMSE. A intervenção em grupo foi realizada durante o período de Fevereiro de 2015 a Abril de 2015 e decorreu às terças-feiras, nas instalações do referido Centro Social.

Programa de Intervenção: Estimulação Cognitiva

1ª Sessão - “nós somos um grupo”

Objetivos: Apresentação do grupo e integração.

2ª Sessão - Jogos dinâmicos de integração.

Objetivos: prevenir o isolamento, estimular a coordenação motora, revelar a personalidade perante o desconhecido.

3ª Sessão - “*a minha memória ajuda-me*” (adaptação de Neves, 2009).

Objetivos: estimulação da memória, da atenção, orientação, perceção, raciocínio e concentração.

4ª Sessão - “*Cubos Lógicos*”.

Objetivos: Estimulação da destreza psicomotora, atenção, concentração, visualização espacial e aprendizagem através de tentativa e erro; Adaptação a diferentes execuções.

5ª Sessão - “*Jogos de Memória e Atenção*”

Objetivos: Estimulação da memória; Estimulação da memória a curto prazo, através da retenção de informação por um breve período de tempo. Estimulação da concentração; Estimulação da atenção; Estimulação da atenção voluntária visual; Estimulação da agilidade mental e perceptiva; Estimulação do raciocínio-lógico.

6ª Sessão - “*Quem sabe sabe!*” (Teles, 2008)

Objetivos: estimular a memória, abstração lógica, concentração, atenção, compreensão verbal e coordenação psicomotora; adaptação a novas situações e desempenhos e potenciação das redes de interação social.

7ª Sessão - “Atividades de Grupo”

Objetivos: Estimulação da agilidade mental, da capacidade de concentração, da manutenção intencional da atenção.

8ª Sessão - “*Formas & Palavras*”

Objetivos: Estimulação da flexibilidade mental e da atenção visual voluntária; Desenvolvimento da capacidade de memorização, concentração e raciocínio; Estimulação da memória a curto prazo, através da retenção de informação por um breve período de tempo.

9ª Sessão - “Ordenar Cores & Palavras”

Objetivos: Desenvolver a agilidade mental; Estimular a atenção e a concentração; Desenvolver a coordenação visual

10ª Sessão - “*finalizar com sabedoria popular*”

Objetivos: Fortalecer a flexibilidade mental; Estimular a capacidade de memorização, concentração e raciocínio; Potenciação das redes de interação social e valorização da sabedoria popular; Apreciação geral do grupo; Estimular os participantes para a importância da continuidade da estimulação cognitiva; Aplicação do pós-teste (Mini-Mental State Examination)

ANEXO X

Concetualização Teórica da Terapia de Grupo

ANEXO X

Concetualização Teórica da Terapia em Grupo

Concetualização Teórica da Terapia em Grupo

De acordo com a literatura, a terapia de grupo caracteriza-se pela possibilidade de promover e valorizar o conhecimento de cada um acerca de si mesmo, auxiliar nas questões não resolvidas e partilhar a sua experiência pessoal. O grupo pode ser um excelente espaço de reflexão acerca de novas possibilidades e facilitar a superação de um momento difícil ou crise porque os participantes do grupo compreendem que não estão sozinhos nos seus problemas (Andréa, 2009).

A intervenção em grupo foca-se em determinados objetivos e tarefas como a psicoeducação, estratégias de mudanças cognitivas, estratégias de mudança comportamental, estratégias de resolução de problemas, estratégias de facilitação de comunicação interpessoal, finalização, avaliação do processo e prevenção de recaída. Assim o grupo pode ser um espaço adequado para os participantes aprenderem a estabelecer relações: permite identificar problemas semelhantes aos seus; previne contra situações por ouvi-las de outros; permite dar e receber *feedback* sobre a forma de se relacionar; os participantes avaliam situações e emitem opiniões, sobre o comportamento dos outros que aceitam melhor, do que vindo do terapeuta. Permite ainda diferentes abordagens de tratamento: educacional; interpessoal; psicossocial; reabilitação de doenças; apoio a familiares; grupos de auto-ajuda; e autoconsciência (Cade, 2001).

O programa de intervenção tem como objetivo ensinar os participantes a identificar os seus padrões de pensamento disfuncionais e as suas crenças irracionais nucleares, desafiar e modificar os seus pensamentos disfuncionais e treinar várias estratégias de *coping* comportamentais, como: a comunicação assertiva; o estabelecimento de objetivos; o método de resolução de problemas; a respiração abdominal e o relaxamento muscular progressivo; melhorar a expressão das preocupações relacionadas com o seu problema e as emoções associadas; melhorar a comunicação com os outros em geral, especialmente com as pessoas mais significativas (Torres, Pereira, & Monteiro, 2012).

Relativamente à constituição do grupo terapêutico, Zimmerman (2000) refere que o número de elementos do grupo deve sempre salvaguardar as condições mínimas de comunicação, seja auditiva, visual, verbal e conceitual. Vários autores referem que oito a dez

elementos seria o tamanho ideal. De acordo com Kaplan, Sadock e Grebb (2007), para a terapia ser bem-sucedida, as condições a ter em conta são o tamanho do grupo, a periodicidade das sessões, a sua duração e os critérios de inclusão e exclusão: sugerem que a sua formação deve conter entre os três e quinze elementos; as sessões devem ser realizadas uma vez por semana; cada sessão deverá ter a duração de 60 a 120 minutos, devendo o limite de tempo ser constante; a homogeneidade e heterogeneidade são fatores relevantes na eficácia do programa de intervenção. É importante que o grupo seja homogêneo quanto ao quadro psicopatológico dado que esta condição é um elemento facilitador para a troca de informação, aquisição de novas competências e partilha de experiências. É igualmente importante que o grupo seja heterogêneo quanto às variáveis género, a idade, classe social e ano de escolaridade podendo promover uma maior troca de experiências e uma maior partilha sobre os problemas experienciados e estratégias utilizadas (Kaplan et al., 2007).

Para uma psicoterapia de grupo, é fundamental selecionar um modelo auxiliador e explicativo da intervenção a ser aplicada. Após alguma pesquisa bibliográfica em função das problemáticas, vários estudos referem a elevada eficácia do modelo cognitivo-comportamental. Esta terapia é razoavelmente breve e dirigida principalmente para situações, cujo objetivo é dotar os pacientes de competências específicas (Edelman & Kidman, 1999).

Nota: Os autores citados neste anexo constam na lista de Referências Bibliográficas.

ANEXO XI

Plano Estrutural do Programa Treino Competências Sociais

ANEXO XI

Plano Estrutural do Programa TCS

Programa de Intervenção em Grupo: “ Treino de Competências Sociais ”

Tema do Programa: - “ Treino de Competências Sociais ”

Entidade promotora: - Santa Casa da Misericórdia de Barcelos

Local da Intervenção: - Lar N^a S^a da Misericórdia em Barcelos

Orientador: – João Valadares

Supervisora: – Dra. Sofia Miranda

Modelo de intervenção: - cognitivo-comportamental

Público-alvo: – idosos com idades compreendidas entre os 45 e 90 anos de ambos os sexos.

Constituição do grupo: - 13 utentes do Lar N^a S^a da Misericórdia e Centro de Dia

Duração do programa: – cerca de dois meses.

Número e periodicidade das sessões: - 10 sessões semanais

Tempo de cada sessão: – aproximadamente 60 minutos.

Início e fim da intervenção: - de 19 de Março a 6 de Junho de 2015.

Dias e horário das Sessões: – Quintas-feiras entre as 10 h e 11 horas.

Objetivo geral: - promover as capacidades de relacionamento social.

Objetivos específicos: - descritos em seguida.

Cronograma

Atividades	Jan.	Fev.	Mar	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.
1							
2							
3							

1 – Avaliação individual inicial; 2 – Sessões de Intervenção em grupo; 3 – Avaliação individual Final

ANEXO XII

Concetualização Teórica Do Treino de Competências Sociais

ANEXO XII

Concetualização teórica do TCS

Treino de Competências Sociais

Resenha Histórica

As competências sociais e a sua ligação à saúde mental foram estudadas por variados autores, entre eles: Salter, em 1949; Wolpe, em 1958; Eisler, Miller e Hersen, em 1974, etc. (Caballo, 1993; Del Prette & Del Prette, 1999). Salter é considerado por alguns autores como o fundador do primeiro Treino de Competências Sociais (Caballo, 1996). No entanto, a criação deste Treino é atribuída efetivamente a Michael Argyle, investigador e Psicólogo Social, da Universidade de Oxford, em 1970 (Falcone, 2000).

Argyle criou o TCS porque verificou nos seus estudos que, a falha na performance social poderá dever-se: à inibição provocada pela ansiedade; às deficiências existentes no reportório de competências sociais; à inibição cognitiva; aos problemas de perceção a nível social, entre outros. O autor procurou com este Treino eliminar ou atenuar estas problemáticas, através do alargamento do reportório de competências sociais do sujeito (Del Prette & Del Prette, 1999). Este Treino torna-se multifacetado em virtude de possuir diferentes teorias na sua constituição teórico-prática. Apesar de ser enquadrado nas Técnicas Cognitivo - Comportamentais, este envolve várias bases teóricas, nomeadamente as Teorias Sistémicas, Humanistas, Comportamentalistas, Cognitivistas que se vão refletir nas suas técnicas (Liberman, Mueser, Wallace, Jacobs, Eckman, & Massel, 1986). O TCS teve e ainda o contributo do Treino Assertivo, de Joseph Wolpe (Murta, 2005). Se bem que ambos possuem aspetos similares, o TCS é mais amplo que o outro por se adequar a qualquer problemática de natureza interpessoal, entre elas, as competências de comunicação, cooperação e resolução de problemas (Bueno, Oliveira, & Oliveira, 2001).

Objetivos do Treino de Competências Sociais

O Treino de Competências Sociais é constituído por um conjunto de técnicas educacionais e clínicas. O seu objetivo consiste em alterar componentes comportamentais, cognitivas e fisiológicas que geram no sujeito défices nas suas competências sociais e que são importantes para uma relação interpessoal com qualidade (Murta, 2005; Liberman, 2007; Segrin, 2009). Auxilia também os indivíduos para conseguirem atingir os seus objetivos (desejos, necessidades) nas várias interações sociais (Segrin, 2009). Além de, aumentar o reportório de competências sociais produz outros benefícios tais como: aumento da auto-

estima, auto-percepção ampliada; maior disposição para a ajuda mútua (Del Prette & Del Prette, 2003).

População-alvo

O TCS é utilizado na Psicologia Clínica, na Psicologia da Educação e na Psiquiatria (Wallace, 1998; Liberman, 2007). Poderá ser utilizado também em indivíduos sem qualquer tipo de psicopatologia associada e que estejam com um problema psicossocial, como, p.e., falta de amigos, problemas matrimoniais, problemas em estabelecer novos relacionamentos, problemas em estabelecer boas relações no trabalho, etc. (Segrin, 2009). Na Psicologia Clínica o TCS é usado para intervir especificamente: nas perturbações de ansiedade, nas perturbações afetivas, na esquizofrenia, no controlo da timidez, isolamento social, problemas sociais e em problemas familiares (Liberman, 2007; Wallace, 1998). Na Psicologia da Educação é mais utilizado no ensino especial ou regular, com alunos ou com professores. Na Psiquiatria é usado como tratamento primário nas disfunções sociais existentes em indivíduos com distúrbios mentais graves. Verifica-se que o TCS é uma fantástica estratégia em reabilitação psiquiátrica porque fornece a vários indivíduos com doença mental, entre eles os esquizofrénicos, competências para ultrapassar o *stress* e vulnerabilidade, e dessa forma, permite um melhor funcionamento psicossocial (Liberman, Mueser, Wallace, Jacobs, Eckman, & Massel, 1986; Liberman, 2007).

Contra-indicações

A aplicação do TCS requer que as funções psicobiológicas como a percepção, memória, atenção e formação de conceção da população-alvo a que se dirige, estejam operacionais, porque o Treino requer aprendizagem, prestar atenção ao terapeuta e seguir instruções (Glaser, 1984). Além disso, será importante que o sujeito se sinta motivado com o Treino. Dessa forma, o TCS não é aconselhável a pessoas com Personalidade Anti-Social, com défice de atenção, personalidades mal-adaptativas, nem a sujeitos com graves sintomas psicóticos (Segrin, 2009).

Formatos do Treino

O TCS poderá ser realizado com eficácia quer em formato individual, quer em formato grupal em diversas psicopatologias. A escolha do formato depende da duração, complexidade dos objetivos, papel do terapeuta e técnicas que a situação possa implicar. No entanto, ambos os formatos usam os mesmos métodos modificando apenas a forma de os aplicar (Caballo, 1996; Del Prette & Del Prette, 2003).

O formato grupal é vantajoso no sentido de que permite mais possibilidades dos sujeitos praticarem as técnicas ensinadas; por implicar vários indivíduos que possam

representar diferentes papéis; porque assim o sujeito tem mais *feedback* e reforços; porque a aprendizagem vicariante é considerada mais efetiva; e por dissipar a ideia de que a modelagem feita pelo terapeuta é a única que é correta, sendo que, o sujeito receberá do grupo, diferenciados tipos de respostas (Del Prette & Del Prette, 2003). Dessa forma, ele poderá alcançar um reportório mais alargado de escolhas. Além disso, poderá ser uma escolha mais econômica não só a nível financeiro para os sujeitos em terapia, mas também a nível de tempo para o terapeuta. Verifica-se, de facto que, através deste formato o terapeuta tem a vantagem de conhecer melhor a subcultura grupal a que se refere, para delinear especificamente objectivos e critérios de avaliação. Por outro lado, na terapia grupal, este terá de ter em consideração as diferenças individuais de cada sujeito, quer em deficiências, quer em dificuldades, e adaptar-se à velocidade de aprendizagem de cada um (Ito, Roso, Tiwari, Kendall, & Asbahr, 2000).

Procedimentos

A aplicação do TCS implica duas partes: avaliação e intervenção (Del Prette & Del Prette, 1999; Murta, 2005). Na avaliação procura-se identificar quais as deficiências de competências, o que acontece antes e depois dos comportamentos sociais que o sujeito toma, quais as emoções associadas e as crenças distorcidas que comprometem o comportamento social adequado do indivíduo. Para se obter este tipo de informação são utilizados inventários, entrevistas, auto-registos, técnicas sociométricas, observação do comportamento em ambiente natural ou então no desempenho de papéis (Murta, 2005). Assim sendo, o terapeuta ajudará o indivíduo a identificar as situações específicas onde ele possui problemas de desempenho social (Reis & Neto, 2010; Segrin, 2009).

A intervenção possui várias etapas: A primeira será criar com o sujeito um sistema de crenças que tenha em consideração o respeito pelos seus direitos e pelos direitos das outras pessoas (influência Humanista) (Caballo, 1996). A segunda consiste em ensinar o sujeito a diferenciar o comportamento assertivo, do agressivo e do passivo. Apontando o assertivo como o mais adequado, visto que, permite ao sujeito exprimir-se com liberdade sem se prejudicar a si nem aos outros. A terceira procura reestruturar as crenças do sujeito, procurando explicar-lhe que a conduta social considerada hábil difere de sujeito para sujeito, bem como a forma de pensar e o contexto em que este esteja inserido. O objetivo é ajudar o sujeito a perceber que aquilo que ele diz a si mesmo, vai influenciar não só os seus sentimentos, mas também as suas condutas (Caballo, 1993; Levitan, Range, & Nardi, 2008; Reis & Neto, 2010). A última etapa consiste no ensaio comportamental das competências sociais adequadas e nas suas diversas técnicas: Ensaio comportamental; Reforçamento;

Modelagem; Modelação; *Feedback* verbal e em vídeo; Relaxamento; Tarefas de Casa; Dessensibilização Sistemática; Terapia Racional-Emotiva/Comportamental; Resolução de Problemas; Paragem de pensamento; Modelação Encoberta; Instrução/*coaching*; *Follow-up*, entre outras (Caballo, 1993; Del Prette & Del Prette, 1999; Levitan, Range, & Nardi, 2008; Segrin, 2009; Reis & Neto, 2010).

Ensaio comportamental

O Ensaio Comportamental é o ensaio do comportamento, manifesto ou imaginário, em que o sujeito desempenha uma circunstância parecida com uma cena do seu quotidiano e na qual ele imagina-se a desempenhar um papel social adequado e com bons resultados. É uma técnica cujas dificuldades estão ligadas ao desempenho aberto devido a cognições de carácter negativo. A vantagem desta técnica revela-se na possibilidade da sua aplicação adequar-se a qualquer situação quotidiana (Del Prette & Del Prette, 1999).

Reforçamento

O Reforçamento é umas da técnica utilizada durante todo o TCS. Ela implica reforçar positivamente a instalação, desenvolvimento e fortalecimento da performance social. O terapeuta irá estimular o reforço positivo para o indivíduo sentir-se bem com a aquisição de novas competências, ou então permitir que ele se sinta aliviado por impedir a possibilidade de repetição de exercícios ou desaprovação. O reforço negativo não será tão utilizado porque pode criar efeitos colaterais nocivos no sujeito. Aqui é clara a presença de influências do Condicionamento Operante de Skinner (Del Prette & Del Prette, 1999).

Modelagem

A Modelagem utiliza o reforço diferencial na performance para que o comportamento seja mais similar à performance final desejada. Ou seja, tal como o nome indica esta técnica irá moldar o comportamento social do sujeito. Nela estão presentes o reforço e o comportamento de entrada. O comportamento de entrada são os comportamentos que já existem no reportório do sujeito e que auxiliam no atingir dos objectivos de intervenção. Também poderá ser realizada, através da segmentação de comportamentos sociais em pequenas unidades, fazendo o treino separado de cada uma delas e de seguida, voltando-as a unir (Del Prette & Del Prette, 1999).

Modelação

A Modelação está ligada à Aprendizagem Social de Bandura. Esta implica que o sujeito observe um indivíduo a desempenhar os comportamentos desejados a serem aprendidos. Poderá ser realizado de forma encoberta, ou seja, em que o sujeito imagine um modelo a ter o tal desempenho social adequado. Por exemplo, observar uma história aos

quadrinhos na qual alguém está a agir assertivamente, ou então observar um boneco num teatro, a ter esse mesmo comportamento. Esta técnica também poderá ser realizada com um modelo real, em que o sujeito faz principal uso da visão e da audição. Por exemplo, o terapeuta poderá pedir para o sujeito observar como ele interage com as outras pessoas do grupo (no formato grupal), ou que observe outra pessoa a interagir no café, ou noutro lugar qualquer. Esta técnica implica diferentes instruções, *feedback* e reforço de tentativas com sucesso (Del Prette & Del Prette, 1999; Caballo, 1993; Segrin, 2009).

Feedback

O *Feedback* funciona como algo que regula o comportamento social, mantendo-o ou criando alguma mudança de forma ou na direção do desempenho pretendido. Este permite que o sujeito entenda como se está a comportar e como isso influenciará o interlocutor. Assim sendo, ele funciona mais como técnica auxiliar feito através de gravação de vídeos ou de verbalização (Del Prette & Del Prette, 1999; Caballo, 1993). No *Feedback* Verbal, o terapeuta e outros elementos do grupo (caso seja formato grupal) falam sobre como o sujeito se comportou, sendo isto realizado de forma objetiva e dirigida ao comportamento e não ao sujeito (Del Prette & Del Prette, 1999). No caso de pessoas com baixa auto-estima será necessário salientar aspectos positivos, sendo os negativos evitados. O *Vídeo-feedback* dá-se com a exposição de um vídeo dos comportamentos do sujeito para que este observe por ele mesmo os seus comportamentos. É vantajoso porque a informação é dada de forma mais precisa e objectiva, mas possui a desvantagem de causar mais ansiedade e desconforto (Del Prette & Del Prette, 1999).

Relaxamento

Existem várias modalidades de relaxamento que poderão ser utilizadas: eidética (imaginária), hiperventilação (respiratória) e muscular. Esta técnica é importante porque muitos dos sujeitos que fazem TCS podem sentir grande ansiedade durante o desempenho social (Del Prette & Del Prette, 1999). Isto também ensina o sujeito a perceber os seus estados de tensão e por si mesmo, conseguir relaxar ou gerir a ansiedade em situações que sejam ansiogénicas, isto para melhorar o seu desempenho social.

Tarefas de Casa

Os trabalhos de casa são planeados com o sujeito desde o início do programa, de forma clara e detalhada e dentro das possibilidades que cada um terá de as executar. No entanto, só são praticadas as aquisições feitas pelo sujeito, nas quais ele se sinta seguro e que tenha tido um boa-avaliação, quer pelo terapeuta, quer pelos colegas. A sua introdução é gradual e feita de forma que não haja constrangimentos. Elas são dadas no final da sessão,

mas referidas logo no início da próxima sessão. Para ajudar na sua realização, o terapeuta poderá fornecer fichas de registo padronizadas ou protocolos para que o sujeito registre as observações sobre o seu desempenho. Elas permitem o aperfeiçoamento do que foi treinado durante as sessões, bem como a generalização das competências aprendidas noutras situações sociais. Além disso, possibilita a análise de como o ambiente está a reagir às novas aprendizagens do sujeito (Caballo, 1993).

Dessensibilização Sistemática

A Dessensibilização Sistemática é uma técnica que serve para ajudar a eliminar o medo e a ansiedade durante o desempenho social (Del Prette & Del Prette, 1999). Funciona da seguinte forma: o terapeuta elabora com o sujeito uma lista hierárquica de estímulos ou situações que criem medo ou ansiedade durante a interação social. Em paralelo, o terapeuta ensina o sujeito a provocar respostas incompatíveis com o sentimento de ansiedade através do relaxamento. A seguir expõe o sujeito, através da imaginação e durante o relaxamento, aos itens colocados na lista, começando pelos que causam menos ansiedade até ao que causam mais. Sempre que o sujeito deixe de manifestar ansiedade perante os itens colocados, avança para a dessensibilização de outros (Del Prette & Del Prette, 1999).

Terapia Racional-Emotiva-Comportamental

Esta Terapia Racional-Emotiva-Comportamental, criada por Ellis, parte da ideia de que quer as emoções, quer os comportamentos, são resultado das crenças e interpretações da realidade do sujeito. Sucintamente explicado, o principal objetivo desta técnica será auxiliar na identificação de pensamentos considerados irracionais e substituí-los por outros racionais e com mais eficácia, de acordo com os objectivos pessoais do sujeito. Isto porque uma avaliação absolutista da realidade por parte do indivíduo inviabiliza a possibilidade do sujeito alterar o ambiente, o pensamento ou o comportamento (Del Prette & Del Prette, 1999).

Resolução de Problemas

A Resolução de Problemas baseia-se na Psicologia Cognitiva e Experimental. O objetivo é de que o sujeito compreenda qual a natureza dos problemas da sua vida e modifique o carácter problemático das circunstâncias ou as reações a elas. Os passos serão: denominar o problema; definir o problema; levantar alternativas; avaliar cada alternativa; tomada de decisão; implementação da decisão. Cada um destes passos será considerado executado quando o sujeito avaliar cada um positivamente. Caso não seja assim, será necessário voltar ao passo anterior. Isto implica muitas sessões para se conseguir chegar ao final do processo. A própria reavaliação do problema pelo sujeito poderá ocorrer durante o

momento em que o discute e, assim, poderá concluir que deu pouca ou demasiada valorização à sua questão (Caballo, 1993).

Paragem de pensamento

A paragem de pensamento (*Thought Stopping*) é uma técnica de auto-controlo em que se procura eliminar cognições de carácter obsessivo compulsivo e que, por isso, são disfuncionais. Implica: listar as cognições que poderão estar no desempenho interpessoal; avaliar a influência dessas cognições nas inter-relações sociais; classificar a conduta considerando a situação e o conteúdo. Esta é aplicada da seguinte forma: o terapeuta coloca o sujeito numa situação de conforto e pede-lhe que feche os olhos e diga quais as cognições que listou primeiro. Quando o sujeito pretende dizer a segunda palavra o terapeuta diz perentoriamente “PARE!”; verifica-se a interrupção das cognições e repetição dos dois últimos passos para assegurar os resultados; de seguida, é passado o controlo de interrupção das cognições do terapeuta para o sujeito sendo que, este dirá a si mesmo “PARE!” (Del Prette & Del Prette, 1999).

Nesta técnica não basta interromper as cognições obsessivas, sendo também importante facilitar a obtenção de pensamentos adaptativos no desempenho interpessoal. De seguida, o terapeuta deverá fazer com que o sujeito aprenda a ter pensamentos incompatíveis com aqueles que foram alvo de tratamento. Em conjunto com esta técnica é aconselhável o trabalho de casa (Del Prette & Del Prette, 1999).

Modelação Encoberta

A Modelação Encoberta objectiva a aquisição de novos comportamentos e extinção daqueles que são inapropriados. É indicada especialmente quando o sujeito não se consegue imaginar a si mesmo a ter um desempenho interpessoal com sucesso. Esta implica observação imaginada do desempenho feito por um modelo e as suas consequências. Primeiro o sujeito terá de escolher o comportamento que quer desenvolver; este deverá estar numa posição confortável; o sujeito irá imaginar a cena, com elementos familiares do seu quotidiano e verbalizá-lo; depois o sujeito irá fazer o mesmo mas de forma encoberta, ou seja, imaginará o modelo a executar a ação. No formato grupal este tipo de técnica poderá ser feito *in vivo*, visto que outros indivíduos poderão representar papéis em *role-play*, o que permite uma avaliação imediata do efeito da técnica (Del Prette & Del Prette, 1999).

Instrução/coaching

Na Instrução são dadas explicações de forma objectiva e clara sobre como o sujeito deverá desempenhar o comportamento social adequado durante a situação social. Pode ser utilizada com dois objectivos: dar indicações acerca do comportamento que sirvam como guias para o sujeito alterar o seu comportamento; esclarecer o sujeito acerca do seu próprio comportamento e as variáveis que o controla. Isto poderá implicar explicar o comportamento passivo, agressivo e assertivo (Caballo, 1996; Segrin, 2009).

Follow-up

Após a aplicação do TCS deverá fazer-se um *follow-up*. Convém que as técnicas ensinadas sejam praticadas pelo sujeito por constância. Não há muitos motivos para se acreditar que o facto de se ter aplicado apenas uma vez, que este programa seja eficaz. Dessa forma, é essencial monitorizar-se o desempenho social e a evolução do sujeito. Dessa forma, poderão ser ajustados os comportamentos que ainda são desadequados. O *follow-up* deve ser realizado semanas ou meses depois do TCS. Caso haja necessidade, o terapeuta poderá relembrar alguns conteúdos do Treino ao sujeito, para permitir a sua melhoria (Segrin, 2009).

Considerações Finais

Este Treino é de tal forma amplo, que se torna impossível explicar de forma mais sucinta tudo aquilo que este abrange. Além disso, teria sido pertinente explicar o impacto do conceito de competências sociais no Treino, pois este também se revela bastante complexo, bem como falar de como se desenvolvem as competências sociais, não só através da Teoria da Aprendizagem Social, mas também através das Teorias Cognitivo-Comportamentais. Isto porque se compreenderia melhor o motivo e importância da utilização do TCS. Dessa forma, também teria sido pertinente abordar mais aprofundadamente termos como assertividade ou empatia. Isto porque o próprio TCS abrange o Treino de Assertividade e o Treino de Empatia, que aqui não foram explicitamente mencionados (Falcone, 2000). Porém não menos importante seria falar das componentes sociais tais como a linguagem não-verbal, a linguagem verbal, visto que no TCS são praticadas as componentes mais adequadas a usar no desempenho social. Apesar disso, este trabalho permite aceder a um vislumbre deste mundo bastante vasto e interessante de informação relativo às práticas psicoterapêuticas do TCS. Ele vem salientar a importância da união da terapêutica clínica ou educacional com o social, isto porque o sujeito é indivíduo por fazer parte da sociedade, sendo que, a sociedade constrói o indivíduo e o indivíduo constrói a sociedade (Reis e Neto, 2010).

Nota: Os autores citados neste anexo constam na lista de Referências Bibliográficas.

ANEXO XIII

Estrutura do Programa Temas e Objetivos das Sessões

ANEXO XIII – Estrutura: Temas e Objetivos

Sessões e Temas	Objetivos da Intervenção
1ª Sessão Apresentação e Iniciação ao TCS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentação do orientador e dos participantes, promover laços de confiança entre estes, procurando estabelecer um ambiente empático e colaborativo. 2. Apresentação esquemática do programa incluindo, local, dias e horários das sessões, explicar os objetivos do TCS e o que se espera dos participantes (Anexo XI). 3. Promover o diálogo sobre as competências sociais e os interesses dos participantes. 4. Reflexão sobre a sessão.
2ª Sessão “Observa com muita Atenção”...	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resumo da sessão anterior e introduzir o tema desta sessão. 2. Promover o treino de observação para conhecer os sinais sociais. 3. Compreender o impacto dos sinais sociais na relação interpessoal (<i>role-play</i>). 4. Reflexão sobre a sessão e apresentação da tarefa inter-sessão.
3ª Sessão “É a falar que a gente se entende”...	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rever a sessão anterior e introduzir o tema desta sessão. 2. Promover ideias e temas de conversa. 3. Fomentar a interação entre os participantes do grupo. 4. Aplicar as competências adquiridas no treino de observação (<i>role play</i>). 5. Reflexão sobre a sessão.
4ª Sessão Sinais das Emoções: “O gesto é tudo”...	<ol style="list-style-type: none"> 1. Breve resumo das sessões anteriores e introduzir o tema desta sessão. 2. Compreender os sinais não-verbais das emoções e o seu impacto na comunicação. 3. Tornar consciente para os participantes os seus sinais não-verbais mais usuais. 4. Alterar os sinais não-verbais menos apropriados. 5. Reflexão sobre a sessão e apresentação da tarefa inter-sessão.
5ª Sessão Sinais da voz: “Não grites que eu ouço bem”...	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rever tarefa inter-sessão e introduzir o tema desta sessão. 2. Detetar emoções através da voz. 3. Distinguir as características da qualidade da voz. 4. Treinar a sensibilidade dos participantes à expressão das emoções através da voz (<i>role play</i>). 5. Reflexão sobre a sessão.
6ª Sessão Escuta Ativa: “Estou a perceber”...	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rever sessão anterior e introduzir o tema desta sessão. 2. Perceber em que consistem as competências de escuta ativa. 3. Tomar consciência da sua importância na comunicação. 4. Praticar estas competências em situações de conversa informal (<i>role-play</i>). 5. Reflexão sobre a sessão e apresentação da tarefa inter-sessão.
7ª Sessão Competências de Diálogo: saberei conversar?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Breve resumo da tarefa inter-sessão e introduzir o tema desta sessão. 2. Aprender a iniciar e manter uma conversa. 3. Praticar com situações adequadas à realidade dos participantes (<i>role-play</i>). 4. Reflexão sobre a sessão e apresentação da tarefa inter-sessão.
8ª Sessão Relacionamento interpessoal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rever tarefa inter-sessão e introduzir o tema desta sessão. 2. Perceber os níveis de intimidade e sua aplicação em contexto de interação social (<i>role-play</i>). 3. Aplicar e treinar o conhecimento adquirido em conversas com diferentes níveis de intimidade. 4. Reflexão sobre a sessão.
9ª Sessão Integração das competências treinadas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisão de todas as sessões anteriores e introduzir o tema desta sessão. 2. Usar adequadamente os elogios e a oferta de ajuda numa <i>conversa (role-Play)</i>. 3. Reflexão sobre a sessão
10ª Sessão (última) Avaliação da intervenção e despedida	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar o programa de intervenção, nomeadamente os seus aspetos positivos e negativos. 2. Discutir os resultados obtidos relativamente às expectativas, aprendizagens e experiências dos participantes no decurso deste programa. 3. Proceder a uma avaliação da evolução do grupo e avaliação individual dos participantes 4. Apresentação do vídeo das velas: Paz, Amor, Fé e Esperança. 5. Conclusão dos trabalhos do grupo e despedida.

ANEXO XIV

Racional Teórico das Sessões

ANEXO XIV

Racional Teórico das Sessões

Programa de Intervenção TCS

O racional apresentado pretende fornecer algum suporte teórico relativamente a cada uma das sessões. A informação básica presente no racional, serve para explicar aos participantes como vão realizar-se os exercícios ou atividades de cada sessão para atingir os seus objetivos. As sessões são organizadas apresentando um nível de complexidade crescente em cada bloco na justa medida em que os participantes vão evoluindo no treino de competências. É fundamental que os participantes percebam o importante papel que estes exercícios podem desempenhar na sua vida. Neste sentido, o presente programa contempla uma estrutura simples e clara das sessões de treino: os objetivos demonstram de forma concisa o que se pretende alcançar em cada sessão; os exercícios são apresentados pormenorizadamente, sintetizando todos os passos para a sua concretização; são descritos concretamente os materiais utilizados; são descritas objetivamente as tarefas inter-sessão; é definido o tempo previsto para as sessões. Tendo em vista os défices de atenção caraterísticos desta população, as sessões não deverão ultrapassar os 60 minutos. Não sendo possível realizar todos os exercícios previstos, numa determinada sessão, não se avança para a sessão seguinte, devendo realizar-se uma sessão extra. Posto isto, apresenta-se o programa de intervenção constituído por 10 sessões temáticas de acordo com a seguinte estrutura:

1ª Sessão – Apresentação e Iniciação ao TCS

Começar por cumprimentar globalmente os participantes e desejar as boas vindas ao grupo. Iniciar a sessão com a apresentação dos terapeutas e suas funções, passando de seguida à apresentação individual de todos os participantes e mencionar o que se espera de cada elemento ao longo de todas as sessões, procurando estabelecer um ambiente empático e colaborativo durante a apresentação. De seguida apresenta-se esquematicamente o presente programa, descrevem-se os objetivos da intervenção e procede-se a uma breve exposição sobre o treino de competências sociais.

2ª Sessão – Desenvolver Competências de Observação

Esta sessão centra-se no treino de observação dos sinais sociais gerais. Para desenvolvermos competências sociais adequadas temos de saber observar as pessoas. Uma observação superficial, descuidada ou errónea pode provocar desentendimentos e ter atitudes erradas aborrecer as pessoas e a ser aborrecidos por elas. Assim, o treino de observação é uma fase fundamental deste processo de aprendizagem. Os exercícios desta sessão

permitem-nos tomar consciência de que é importante ter informação, não apenas acerca dos factos, mas também dos sentimentos e atitudes das pessoas na interação social. Para detetarmos os factos, os sentimentos e as atitudes das pessoas, temos de saber o que estas estão a sentir e no que acreditam. O treino de observação permite perceber aquilo que os outros fazem, confirmar as nossas impressões acerca dos que nos rodeiam e iniciar a interação com elas de forma adequada. Depois de adquiridas estas competências básicas, iniciamos na próxima sessão o treino dos sinais sociais específicos.

3ª Sessão – Desenvolver Competências de Interação Social

Nesta sessão pretende-se que os participantes interajam entre si, aplicando as competências adquiridas com o treino de observação realizado na sessão anterior.

4ª Sessão - Sinais Não-verbais das Emoções

Nas sessões anteriores abordamos os sinais sociais gerais. A partir desta sessão vamos aprofundar diversos aspetos desses sinais, focalizando a nossa atenção nos sinais sociais específicos, trabalhando as competências sociais relacionadas com os sinais não-verbais das emoções. Deste modo, vamos abordar em primeiro lugar as expressões das emoções e em segundo lugar aprender a ler e reconhecer melhor os sinais não-verbais.

Reconhecer a comunicação não-verbal dos outros permite-nos saber se estão interessados em falar connosco. Se utilizarmos este tipo de comunicação tornamo-nos bons ouvintes e bons conversadores. Esta comunicação não-verbal pode ser usada através de vários sinais não-verbais consideradas como competências básicas: contacto visual, expressão facial, gestos corporais, postura corporal, orientação corporal e a voz. A voz possui várias características muito importantes na comunicação, nomeadamente: o ritmo, o volume e o tom (grave/agudo).

5ª Sessão - Sinais Vocais das Emoções

As pessoas comunicam os seus sentimentos e atitudes através de sinais sociais emitidos pela cara, voz ou corpo. Se aprendermos a praticar estes sinais desenvolvemos a nossa capacidade para detetar e exprimir sentimentos e atitudes. Com base na observação anterior da expressão de emoções, vamos nesta sessão aprender a ler e reconhecer melhor as expressões não-verbais. Verificamos que o tipo de comunicação melhor é aquela que nos transmite que o sujeito é amigável. Sinais vocais das emoções: os exercícios que vamos abordar nesta sessão consistem em detetar emoções através da voz, tendo em conta aspetos como: o volume, a tonalidade, a altura, a clareza, o ritmo, e as perturbações da fala.

6ª Sessão – Competências de Escuta Ativa

Numa conversa precisamos de ter boas competências de observação. Precisamos de saber o que os outros estão a sentir para sermos bons ouvintes e para que os outros queiram falar connosco. Esta sessão refere-se a boas competências de escuta. As competências de escuta ativa servem para mostrar à outra pessoa o nosso interesse e atenção naquilo que ela está a dizer. Quando estamos a ouvir os outros abanamos a cabeça, dizemos “sim”, “estou a ver”, “pois”, “claro” e fazemos perguntas entre outras coisas. Isto permite ao outro perceber que lhe estamos a prestar atenção e interesse sendo recompensador para quem fala e para quem ouve. Quanto maior for a nossa atenção e interesse mais o outro, fala connosco. As respostas de escuta ativa são: Expressões de interesse - abanar a cabeça; Sons encorajadores – “sim”, “hum, hum”; Pequenos comentários – “estou a perceber”, “estou a ver”; Pedir explicações – (e.g., pode explica-me melhor?); Fazer perguntas.

7ª Sessão – competências de Diálogo (Iniciar e manter uma conversa)

Para iniciar e manter uma conversa precisamos saber ouvir e falar. Após termos treinado algumas competências de escuta, vamos treinar nesta sessão as competências de diálogo. As competências aprendidas até aqui encorajam os outros a falar mais, mas não os vão ajudar a iniciar uma conversa. Para isso precisamos de perguntas. Normalmente, começamos com perguntas gerais, passamos depois para as perguntas específicas e finalizamos com questões de sentimentos. Estas são questões que perguntam o que os outros sentem, acreditam e pensam acerca de algo. Apresenta-se uma lista com assuntos/tópicos e questões gerais, específicas e de sentimentos que podem servir como exemplos e demonstrem, como se deve iniciar e manter uma conversa.

8ª Sessão – Relacionamento interpessoal (Falar de algo em geral)

Apesar de todas as pessoas terem as suas vivências e conhecimentos, algumas pensam, que aquilo que sabem, não é suficientemente importante e não falam. No entanto a maioria das conversas são sobre assuntos insignificantes. Falar sobre sentimentos e opiniões: falar de nós numa conversa, para além de oferecermos informações gerais sobre o que fazemos (este fim de semana fui ao cinema) também podemos falar sobre aquilo que sentimos em relação a essas coisas (adorei o filme). Falar sobre nós com outra pessoa torna a conversa mais pessoal, permitindo que nos conheçam melhor. No entanto, tendo em conta a pessoa que nos houve, podemos falar de nós em três graus de intimidade diferentes:

Pouca intimidade: factos; não muito pessoal; fácil de partilhar com qualquer pessoa – (e.g., hoje está muito calor); Alguma intimidade: dados pessoais particulares; opiniões; por vezes é arriscado partilhar com alguém – (e.g., não gosto de sítios com muita gente); Muita intimidade: é arriscado contar a qualquer pessoa; a usar apenas se confiamos nos outros; a

usar apenas se o outro mostra interesse em ouvir – (e.g., aspetos relacionados com a vida amorosa e familiar, aspetos relativos à saúde, doença, tratamentos, a minha vida no lar é...).

9ª Sessão – Integração das competências treinadas

A realização de um exercício que integre todas as competências sociais treinadas ao longo das sessões vai permitir que os participantes as integrem como um conjunto lógico e útil no contacto social. Acrescenta-se ainda a noção de recompensa como forma de tornar o outro mais interessado e falador, respondendo com mais frequência. Esta competência apresenta-se também como uma forma de terminar amigavelmente uma conversa, favorecendo encontros futuros.

ANEXO XVI

Caraterização dos Testes Psicométricos

ANEXO XVI

Caraterização dos Testes Psicométricos

Mini-Mental State Examination (MMSE) - (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, adaptação portuguesa de Guerreiro & et al., 1993). Este instrumento avalia os seguintes parâmetros e funções cognitivas dos idosos: orientação especial e temporal, memória imediata, evocação, cálculo, linguagem e nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia do desenho. O ponto de corte depende da escolaridade das pessoas: analfabetas 16 pontos; 1 a 11 anos de escolaridade 22 pontos; escolaridade superior 27 pontos.

Escala de Depressão Geriátrica (EDG) - (Yesavage, 1983, adaptado para a população portuguesa por Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003). A EDG foi desenvolvida especificamente para o rastreio da depressão na população idosa. É composta por 30 itens que avaliam o comportamento e sentimentos durante a última semana. As respostas a esta escala são dadas de forma dicotómica (sim ou não). Os resultados variam: de 0-10 = ausência de depressão; 11-20 = depressão ligeira; 21-30 = depressão grave.

Bateria de Lisboa de Avaliação da Demência (BLAD) - de Guerreiro, M., (1998). É uma prova utilizada no exame psicológico de adultos idosos com suspeita de deterioração cognitiva. É constituída por 28 provas para avaliar nove capacidades cognitivas diferentes, consideradas as mais importantes para o despiste de demência, nomeadamente: a atenção, a memória, a orientação, a linguagem, a iniciativa, as praxias, a capacidade construtiva, o cálculo e a abstração (Guerreiro, 1998).

Inventário de Sintomas (BSI) - (Derogatis, 1982, versão portuguesa aferida de Canavarro, 1995). O BSI é um questionário de 53 itens, contendo 9 escalas específicas de sintomatologia clínica: somatização, obsessão - compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo e ainda, um índice global de *stress*. Contudo, poderão ser sugeridos outros instrumentos de avaliação sintomatológica desde que cumpram os requisitos mínimos para a utilização clínica.

Questionário do Estado de Saúde-SF 36 - (Gangek & Ware, 1988, adaptado por Ferreira, 2000). O SF-36 (Short Form-36) é composto por 36 afirmações que permite avaliar o estado global de saúde do indivíduo. Inclui 8 sub-dimensões que avaliam diferentes componentes da saúde, nomeadamente: a função física, desempenho físico, dor física, saúde em geral, desempenho emocional, função social e vitalidade, sendo que estas duas últimas podem ser agrupadas em duas: a dimensão física e dimensão mental.

Escala de Suporte Social (ESSS) - (adaptado por Pais – Ribeiro, 1999). A Escala de Suporte Social é constituída por 15 afirmações, as quais avaliam 4 fatores: Satisfação com os amigos, Intimidade; Satisfação com a Família e Atividades Sociais. O utente deve responder numa escala de *likert* o grau em que concorda ou discorda da afirmação (concordo totalmente, concordo, não concordo nem discordo, discordo e discordo totalmente).

Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer (ADAS) - (Davis, Mohs & Rosen, 1983, adaptado por Guerreiro, Fonseca, Barreto & Garcia, 2003). A Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer é um teste, desenvolvido com o objetivo de avaliar o grau de alterações cognitivas em demências ou caso de suspeita de doença de tipo Alzheimer. É composto por 11 itens que avaliam a memória, linguagem, praxias e compreensão de comandos. A pontuação máxima é de 70 pontos, e quanto maior for a pontuação maior o comprometimento cognitivo do indivíduo.

Questionário de Auto-Avaliação da Ansiedade Traço e Estado - (State and Trait Anxiety Inventory) (Charles D. Spielberger, 1970, versão portuguesa aferida de Danilo R. Silva, 2003). O STAI é um questionário de auto-avaliação com duas escalas, de 20 itens cada, uma que avalia a ansiedade como “traço”, ou seja, uma certa propensão ansiosa estável e como “estado”, considerada situação transitória.

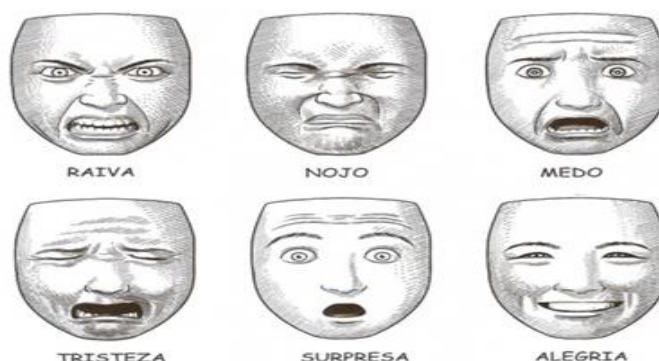
ANEXO XVII

Imagens

Expressões Faciais Básicas

ANEXO XVII - Expressões Faciais

Expressões Faciais



Expressões Faciais



Alegria - Um sorriso, no entanto, se não houver rugas, inchaço ou movimento muscular geral ao redor dos olhos, a pessoa está a fingir o sorriso.

Tristeza - As sobrancelhas para cima, os lábios virados para baixo.

Nojo - O lábio superior levantado, mostrando os dentes, em casos extremos, como desdém.

Surpresa - A boca aberta com as sobrancelhas levantadas. Se essa expressão durar mais de um segundo, a pessoa está a fingir.

Medo - Sobrancelhas levantadas e parte inferior da boca abaixada. Engolir saliva também indica medo.

Raiva - Apertar os lábios, narinas abertas e sobrancelhas para baixo tudo junto.

ANEXO XVIII

Sinais Não-verbais das Emoções

ANEXO XVIII

Sinais Não-verbais das Emoções

	Gestos corporais	Contacto corporal	Postura corporal	Orientação corporal	Expressão facial
Preocupado	Poucos gestos; anda de um lado para o outro (pensativo)	Contacto ausente (ou intenso, a falar do seu problema)	Postura tensa	Virado para o problema (constantemente a pensar no problema)	Séria
Amigável	Movimentado e calmo	Olha com frequência para nós	Descontraído	Inclina-se para quem fala	Sorridente
Zangado	Talvez com a mão ou com o dedo apontado	Olhar sério e penetrante; sobrancelhas inclinadas	Tenso, voltado para a pessoa de quem está zangado	Encara ou ignora de forma ativa	Franzir das sobrancelhas, expressão tensa
Triste	Testa apoiada na mão	Olhar para baixo	Caída	Cara afastada ou para baixo	Nenhum sorriso

ANEXO XIX

Sinais Vocais das Emoções

ANEXO XIX

Sinais Vocais das Emoções

Sinais Vocais das Emoções

As pessoas comunicam os seus sentimentos e atitudes através de sinais sociais emitidos pela cara, voz ou corpo. Se aprendermos a praticar estes sinais desenvolvemos a nossa capacidade para detetar e exprimir sentimentos e atitudes. Com base na observação anterior da expressão de emoções, vamos nesta sessão aprender a ler e reconhecer melhor as expressões não-verbais. Verificamos que o tipo de comunicação melhor é aquela que nos transmite que o sujeito é amigável. Assim, colocando em conjunto as diferentes características da atitude amigável obtemos:

Amigável:

Face – expressão positiva (por exemplo, riso e sorriso);

Olhar – contato ocular longo e frequente;

Voz – meiga, baixa;

Distância – perto;

Posição – meio virado para o outro, braços e pernas descruzadas e movimentos abertos;

Orientação – cabeça e ombros dirigida para o outro;

Discurso – respostas adequadas, discurso oportuno, revelação de semelhanças.

Sinais vocais das emoções:

Os exercícios que vamos abordar nesta sessão consistem em **detetar emoções através da voz**, tendo em conta aspetos como:

O volume, a tonalidade, a altura, a clareza, o ritmo, e as perturbações da fala.

ANEXO XX

Competências de Escuta Ativa

ANEXO XX

Competências de Escuta Ativa

Competências de Escuta Ativa

Diferença entre Ouvir e Escutar

Numa conversa precisamos de ter boas competências de observação. Precisamos de saber o que os outros estão a sentir para sermos bons ouvintes e para que os outros queiram falar connosco. Esta sessão refere-se a boas competências de escuta. As competências de escuta ativa servem para mostrar à outra pessoa o nosso interesse e atenção naquilo que ela está a dizer.

Respostas de escuta ativa

Quando estamos a ouvir os outros abanamos a cabeça, dizemos “sim”, “estou a ver”, “pois”, “claro” e fazemos perguntas entre outras coisas. Isto permite ao outro perceber que lhe estamos a prestar atenção e interesse sendo recompensador para quem fala e para quem ouve. Quanto maior for a nossa atenção e interesse mais o outro, fala connosco.

As respostas de escuta ativa são:

Expressões de interesse – abanar a cabeça;

Sons encorajadores – “sim”, “hum, hum”;

Pequenos comentários – “estou a perceber”, “estou a ver”;

Pedir explicações – (por exemplo, pode explica-me melhor?);

Fazer perguntas (abertas e fechadas).

ANEXO XXI

Competências de Diálogo

ANEXO XXI

Competências de Diálogo

Lista com tópicos e questões gerais, específicas e de sentimentos. Exemplos que demonstram, como se deve iniciar uma conversa. **Tópicos e exemplos:**

Tópico 1- Qualquer assunto que envolva a outra pessoa.

Exemplos:

- a) Questões gerais – “como é que vão as coisas?”; “o que tem feito ultimamente?”;
- b) Questões específicas – “o que é que fez exatamente?”
- c) Questões de sentimentos – “estava triste, zangado, surpreendido?”

Tópico 2 - Coisas que está a fazer ou fez que se relacionem com: o lar, o tempo livre, os passeios, a vida social.

Exemplos:

- a) Questões gerais – “como vão as coisas no lar?”; “como estão os filhos?”
- b) Questões específicas – “o que fez exatamente no lar?”
- c) Questões de sentimentos – “ficou aborrecido por não ir passear hoje?”

Tópico 3 – Coisas em comum: estar no lar (lugar em comum), tv, refeitório, pessoas, amigos.

Exemplos:

- a) Questões gerais – “ultimamente tem visto televisão?”
- b) Questões específicas – “o que fez ontem?”; “de que tratava o filme?”
- c) Questões de sentimentos – “gosta de estar aqui?”

Tópico 4 – Assuntos locais e nacionais: acontecimentos, notícias, desporto e personalidades.

Exemplos:

- a) Questões gerais – Aconteceu alguma coisa esta semana?
- b) Questões específicas – vais ao futebol?
- c) Questões de sentimentos – como te sentes com o que aconteceu?

Tópico 5 – Elogie o comportamento ou aparência de outra pessoa.

Exemplos:

- a) Questões gerais – O que tens feito? estás ótima!
- b) Questões específicas – que lindo fato que tu tens!
- c) Questões de sentimentos – como te sentes com esse novo penteado?

Tópico 6 - Escolha um assunto de algo à sua volta.

Exemplos:

- a) Questões gerais – como é que vão as coisas por aqui?
- b) Questões específicas – olha para a televisão, aquele programa é bom.
- c) Questões de sentimentos – repara naquele quadro na parede! o que sentes?

Tópico 7 – Peça informações à outra pessoa.

Exemplos:

- a) Questões gerais – O que é que se pode fazer por aqui?
- b) Questões específicas – como se vai para a igreja? A que horas é o jantar?
- c) Questões de sentimentos – o que pensas da comida daqui?

ANEXO XXII

Diferentes Graus de Intimidade

ANEXO XXII

Diferentes Graus de Intimidade

Relacionamento interpessoal

Apesar de todas as pessoas terem as suas vivências e conhecimentos, algumas pensam, que aquilo que sabem, não é suficientemente importante e não falam. No entanto a maioria das conversas são sobre assuntos insignificantes.

Falar sobre sentimentos e opiniões:

Falar de nós numa conversa, para além de oferecermos informações gerais sobre o que fazemos (este fim de semana fui ao cinema) também podemos falar sobre aquilo que sentimos em relação a essas coisas (adorei o filme). Falar sobre nós com outra pessoa torna a conversa mais pessoal, permitindo que nos conheçam melhor. No entanto, tendo em conta a pessoa que nos houve, podemos falar de nós em três graus de intimidade diferentes:

Pouca intimidade:

1. Factos;
2. Não muito pessoal;
3. Fácil de partilhar com qualquer pessoa – (por exemplo “hoje está muito calor”).

Alguma intimidade:

1. Dados pessoais particulares;
2. Opiniões;
3. Por vezes é arriscado partilhar com alguém – (por exemplo “não gosto de sítios com muita gente”).

Muita intimidade:

1. É arriscado contar a qualquer pessoa;
2. A usar apenas se confiamos nos outros;
3. A usar apenas se o outro mostra interesse em ouvir – (por exemplo, “aspetos relacionados com a vida amorosa e familiar, aspetos relativos à saúde, doença, tratamentos, a minha vida no lar é..).

ANEXO XXIII

Elogios e Oferta de Ajuda

ANEXO XXIII

Elogios e Oferta de Ajuda

Rol-Play

Uma conversa com base nos elogios e oferta de ajuda

Aplicar as competências treinadas (fazer uso de sinais verbais e não-verbais aprendidos): Cumprimente; Questiona com perguntas de rotina; Ofereça respostas de escuta ativa; Ofereça informação pessoal; Seja expressivo; Ofereça elogios e ajuda.

Diálogo entre dois amigos que não se veem há muito tempo

- 1 - Ooollllááá ... como estááá? 'há tanto tempo que não te via.
- 2 - É verdade... Eu estou bem ... e tu?
- 1 - Estou bem Então, o que tens feito?... Estás com um ótimo aspeto... pareces mais nova.
- 2 - Obrigado...tu também...olha, não faço nada... estou desempregada e cheia de problemas.
- 1 - Mas precisas de alguma coisa...
- 2 - Precisava de um emprego... já tenho uma prestação da casa em atraso.
- 1 - Eu vou ajudar-te... dá-me o NIB do banco e o valor da prestação.
- 2 - Obrigado... não posso aceitar... sem ordenado não te posso pagar.
- 1 - Não te preocupes com isso,... tenho um amigo que está a admitir pessoal, vou falar com ele.
- 2 - Obrigado...estava a desesperar, deste-me esperança...afinal Deus não nos abandona.
- 1 - Agora tenho que ir... amanhã dou-te notícias sobre o emprego... prazer em ver-te
- 2 - Muito obrigado... que Deus te ajude ...até amanhã.

Nota: antes de iniciar o role-play, falamos sobre a importância de referir, de vez em quando, o nome da pessoa durante o diálogo.

No final do role-play, tentar que os participantes descubram qual é a palavra importante que falta no diálogo.

ANEXO XXIV

Adaptação da Entrevista de Habilidades Sociais Caballo (1987)

ANEXO XXIV

Adaptação da Entrevista dirigida para habilidades sociais de Caballo (1987)

1 - Dados gerais

Nome: _____ Idade: _____

Estado Civil: _____ N° de filhos _____ N° de irmãos _____

2 - Observação comportamental do paciente durante a entrevista

	Muito Inapropriado			Normal		Muito apropriado	
	1	2	3	4	5	6	7
Olhar	1	2	3	4	5	6	7
Expressão facial	1	2	3	4	5	6	7
Sorrisos	1	2	3	4	5	6	7
Postura corporal	1	2	3	4	5	6	7
Orientação	1	2	3	4	5	6	7
Gestos	1	2	3	4	5	6	7
Volume da voz	1	2	3	4	5	6	7
Tom e inflexão	1	2	3	4	5	6	7
Fluência da fala	1	2	3	4	5	6	7
Tempo de fala	1	2	3	4	5	6	7
Clareza	1	2	3	4	5	6	7
Conteúdo verbal	1	2	3	4	5	6	7
Senso de humor	1	2	3	4	5	6	7
Aparência pessoal	1	2	3	4	5	6	7

Elementos globais

	Muito baixo/a				Muito alto/a		
	1	2	3	4	5	6	7
Competência social	1	2	3	4	5	6	7
Ansiedade geral	1	2	3	4	5	6	7

3 - Principais problemas além da inadequação social _____

4 - Efeitos da disfunção social sobre o desempenho diário da pessoa _____

5 - Avaliação do funcionamento em áreas específicas

5.1 - Relações com o mesmo sexo

Quantos amigos íntimos tem? _____ Tem muitos amigos? _____ Como são essas relações? _____

É difícil conhecer pessoas novas? _____

5.2 - Relações com o sexo oposto

Quantas amigas íntimas tem? _____ Tem muitos outros amigos? _____

Como são essas relações? _____ É difícil conhecer pessoas novas? _____

5.3 - Capacidade para expressar sentimentos positivos e negativos aos outros

Tem dificuldades em expressar sentimentos positivos aos outros? _____

Como se sente ao expressar esses sentimentos? _____

Como se comporta quando os outros fazem com que se sinta aborrecido? _____

Expressa normalmente os seus sentimentos de incómodo aos outros? _____

5.4- Lidar com críticas

É frequentemente criticado? _____ Fica muito afetado com as críticas? _____

5.5 - Fazer e recusar pedidos

Pode, sem dificuldade, pedir favores aos outros? _____

Há situações em que lhe é muito difícil pedir favores? _____

5.6 - Fazer e receber elogios

Tem problemas para fazer elogios a outra pessoa? _____

E para mostrar apreço a alguém que lhe tenha feito algo? _____

Como reage a um elogio? _____

5.7 - Interação com os companheiros no Lar?

Como são as suas relações com os companheiros? _____

Em que gostaria que melhorassem? _____

5.8 - Situações de grupo

Como se comporta numa situação de grupo? _____

Fala normalmente numa situação de grupo? _____

5.9 - Iniciativa de interações sociais

Tem dificuldades em iniciar conversas? _____ E em mantê-las? _____

Grau de ansiedade antes iniciar uma conversa (1-10)? _____

5.10 - Expressão de opiniões?

Costuma expressar as suas opiniões? _____

Normalmente os outros entendem o que lhes quer comunicar? _____

Data ____/____/____

Técnica responsável

ANEXO XXV

Avaliação Individual

Intervenção em Grupo: Treino de Competências Sociais

Instrumento de avaliação:

Adaptação da Entrevista dirigida para habilidades sociais de Caballo (1987)

Observação comportamental do paciente durante a entrevista

Pré-Teste, Pós-teste e Comparação

Avaliação do funcionamento em áreas específicas

Pré-Teste, Pós-teste e Comparação

Anexo XXV – Avaliação Individual

Intervenção em Grupo TCS

Adaptação da Entrevista dirigida para habilidades sociais de Caballo (1987)

Nesta Avaliação consideram-se apenas os participantes com 100% de assiduidade.

Nº de Participantes =8; Nº de Itens =14; escala dos Itens de 1 a 7

Pontuação máxima por participante (7 x 14) = **98 Pontos**

Pontuação Máxima do grupo por item (7 x 8) = **56 pontos**.

Pré-Teste

Observação comportamental do paciente durante a entrevista											
Participantes		1	2	3	4	5	6	7	8	Pontos Grupo Por Item	Média Grupo Por item
Itens											
1	Olhar	3	4	3	4	5	4	4	4	31	3.87
2	Expressão facial	3	4	3	5	4	5	5	4	33	4.13
3	Sorrisos	4	5	4	4	5	6	5	3	36	4.50
4	Postura corporal	4	5	3	4	6	5	4	4	35	4.37
5	Orientação	3	4	3	5	5	4	4	4	32	4.00
6	Gestos	4	4	4	5	4	4	5	4	34	4.33
7	Volume da voz	3	5	2	5	5	5	5	3	33	4.13
8	Tom e inflexão	3	4	3	4	4	4	4	3	29	3.63
9	Fluência da fala	2	3	3	4	5	3	5	3	28	3.50
10	Tempo de fala	3	4	4	5	4	4	6	4	34	4.33
11	Clareza	3	5	3	4	6	3	5	4	33	4.13
12	Conteúdo verbal	2	4	3	3	5	4	4	3	28	3.50
13	Senso de humor	3	4	2	3	4	3	5	3	27	3.37
14	Aparência pessoal	6	5	5	5	6	6	6	5	44	5.50
Pontuação obtida por participante		46	60	45	60	68	60	67	51	457	4.07
Média obtida por participante		3.28	4.28	3.21	4.28	4.85	4.28	4.78	3.64	-----	4.07
Elementos globais:											
Competência social		2	4	2	2	4	2	3	2	21	2.63
Ansiedade geral		6	2	5	5	2	6	5	6	37	4.63

Anexo XXV – Avaliação Individual

Intervenção em Grupo TCS

Adaptação da Entrevista dirigida para habilidades sociais de Caballo (1987)

Nesta Avaliação consideram-se apenas os participantes com 100% de assiduidade.

Nº de Participantes =8; Nº de Itens =14; escala dos Itens de 1 a 7

Pontuação máxima por participante (7 x 14) = **98 Pontos**

Pontuação Máxima do grupo por item (7 x 8) = **56 pontos.**

Pós-Teste

Observação comportamental do paciente durante a entrevista											
Participantes		1	2	3	4	5	6	7	8	Pontos Grupo	Média Grupo
Itens											
1	Olhar	5	5	4	5	6	5	5	4	39	4.87
2	Expressão facial	6	5	4	6	6	6	6	5	44	5.50
3	Sorrisos	5	6	5	5	7	6	6	4	44	5.50
4	Postura corporal	6	7	4	5	7	5	5	5	44	5.50
5	Orientação	5	6	4	5	6	5	5	4	40	5.00
6	Gestos	4	4	5	6	5	5	6	5	40	5.00
7	Volume da voz	4	5	3	5	5	6	7	3	38	4.75
8	Tom e inflexão	5	4	3	6	6	5	6	4	39	4.87
9	Fluência da fala	4	5	4	5	5	4	6	4	37	4.63
10	Tempo de fala	6	4	5	6	6	4	7	5	43	5.37
11	Clareza	4	6	4	5	7	5	6	5	42	5.33
12	Conteúdo verbal	4	4	4	4	6	4	5	4	35	4.37
13	Senso de humor	5	4	3	3	5	3	5	3	31	3.87
14	Aparência pessoal	7	5	6	6	6	6	6	5	47	5.87
Pontuação obtida por participante		70	70	58	72	83	69	81	60	563	5,03
Média obtida por participante		5.00	5.00	4.14	5.14	5.93	4.93	5.78	4.28	-----	5,03
Elementos globais:											
Competência social		4	5	3	3	5	3	4	2	29	3,63
Ansiedade geral		5	2	4	4	1	5	3	5	29	3,63

Anexo XXV – Avaliação Individual

Intervenção em Grupo TCS

Comparação: Pré-teste e Pós-teste - Evolução

Observação comportamental do paciente durante a entrevista						
Participantes	Pontos Obtidos Pré-teste	Média Por Iten Pré-teste	Pontos Obtidos Pós-teste	Média Por Iten Pós-teste	Evolução Pontos	Evolução Perc.
1	46	3.28	70	5.00	24	52%
2	60	4.28	70	5.00	10	16%
3	45	3.21	58	4.14	13	28%
4	60	4.28	72	5.14	12	20%
5	68	4.85	83	5.93	15	22%
6	60	4.28	69	4.93	9	15%
7	67	4.78	81	5.78	14	20%
8	51	3.64	60	4.28	9	17%
Total do grupo	457	4.07	563	5.03	106	23%
Competência social Grupo	21	2.63	29	3.63	+ 8	+38%
Ansiedade geral Grupo	37	4.63	29	3.63	- 8	- 21%

Entrevista dirigida para habilidades sociais de Caballo (1987).

É uma entrevista utilizada para avaliação das competências sociais, não tem um formato integralmente estruturado e as questões constituem-se apenas como um guia, sobre os aspetos que o entrevistador se deve debruçar (Caballo, 2003).

Anexo XXV - Avaliação Individual

Intervenção em Grupo TCS

Os valores das respostas referem-se ao N° de Participantes

Pré-teste

5 - Avaliação do funcionamento em áreas específicas				
5.1 - Relações com o mesmo sexo				
Quantos amigos íntimos têm?		Total 59 - média = 7,37		
Tem muitos amigos?	Sim 6	Não 2	Não Sabe 0	
Como são essas relações?	Boas 4	Normais 1	Não tem 3	
É difícil conhecer pessoas novas?	Sim 4	Não 2	Não Sabe 2	
5.2 - Relações com o sexo oposto				
Quantos amigos íntimos têm?		Total 14 - média = 1,75		
Tem muitos outros amigos?	Sim 4	Não 3	Não Sabe 1	
Como são essas relações?	Boas 4	Normais 1	Não tem 3	
É difícil conhecer pessoas novas?	Sim 5	Não 2	Não Sabe 1	
5.3 - Capacidade para expressar sentimentos pos. e neg. aos outros				
Tem dificuldades em expressar sentimentos positivos aos outros?	Sim 6	Não 1	Não Sabe 1	
Como se sente ao expressar esses sentimentos?	Bem 4	Nada 1	Não Sabe 3	
Como se comporta quando fazem com que se sinta aborrecido?	N/liga 3	Sai 3	Zangado 2	
Expressa normalmente os seus sentimentos de incómodo aos outros?	Sim 1	Não 7	Às vezes 0	
5.4 - Lidar com críticas				
É frequentemente criticado?	Sim 1	Não 6	Não Sabe 1	
Fica muito afetado com as críticas?	Sim 4	Não 3	Não Sabe 3	
5.5 - Fazer e recusar pedidos				
Pode, sem dificuldade, pedir favores aos outros?	Sim 3	Não 5	Às vezes 0	
Há situações em que lhe é muito difícil pedir favores?	Sim 5	Não 3	Às vezes 0	
5.6 - Fazer e receber elogios				
Tem problemas para fazer elogios a outra pessoa?	Sim 1	Não 5	Não Sabe 2	
E para mostrar apreço a alguém que lhe tenha feito algo?	Sim 0	Não 8	Às vezes 0	
Como reage a um elogio?	Bem 7	Mal 0	Não sabe 1	
5.7 - Interação com os companheiros no Lar?				
Como são as suas relações com os companheiros?	Boas 7	-	Não sabe 1	
Em que gostaria que melhorassem?	Está bem 4	+Ativ. 3	Não sabe 1	
5.8 - Situações de grupo				
Como se comporta numa situação de grupo?	Bem 5	Normal 2	Mal 1	
Fala normalmente numa situação de grupo?	Sim 4	Não 4	Depende 0	
5.9 - Iniciativa de interações sociais				
Tem dificuldades em iniciar conversas?	Sim 4	Não 2	Às vezes 2	
E em mantê-las?	Sim 4	Não 2	Às vezes 2	
Grau de ansiedade antes iniciar uma conversa (1-10)?	Total 48 - Média = 6			
5.10 - Expressão de opiniões?				
Costuma expressar as suas opiniões?	Sim 3	Não 1	Às vezes 4	
Normalmente os outros entendem o que lhes quer comunicar?	Sim 7	Não 1	Às vezes 0	

Anexo XXV - Avaliação Individual

Intervenção em Grupo TCS

Os valores das respostas referem-se ao N° de Participantes

Pós-teste

5 - Avaliação do funcionamento em áreas específicas				
5.1 - Relações com o mesmo sexo				
Quantos amigos íntimos têm?		Total do grupo 44 - média = 5,50		
Tem muitos amigos?	Sim	6	Não	1
Como são essas relações?	Boas	5	Normais	0
É difícil conhecer pessoas novas?	Sim	2	Não	4
5.2 - Relações com o sexo oposto				
Quantos amigos íntimos têm?		Total do grupo 5 - média = 0,62		
Tem muitos outros amigos?	Sim	5	Não	3
Como são essas relações?	Boas	2	Normais	2
É difícil conhecer pessoas novas?	Sim	4	Não	3
5.3 - Capacidade para expressar sentimentos pos. e neg. aos outros				
Tem dificuldades em expressar sentimentos positivos aos outros?	Sim	1	Não	6
Como se sente ao expressar esses sentimentos?	Bem	7	Nada	0
Como se comporta quando fazem com que se sinta aborrecido?	N/liga	3	Sai	3
Expressa normalmente os seus sentimentos de incómodo aos outros?	Sim	3	Não	4
5.4 - Lidar com críticas				
É frequentemente criticado?	Sim	3	Não	4
Fica muito afetado com as críticas?	Sim	4	Não	4
5.5 - Fazer e recusar pedidos				
Pode, sem dificuldade, pedir favores aos outros?	Sim	3	Não	4
Há situações em que lhe é muito difícil pedir favores?	Sim	4	Não	4
5.6 - Fazer e receber elogios				
Tem problemas para fazer elogios a outra pessoa?	Sim	1	Não	7
E para mostrar apreço a alguém que lhe tenha feito algo?	Sim	0	Não	7
Como reage a um elogio?	Bem	8	Mal	0
5.7 - Interação com os companheiros no Lar?				
Como são as suas relações com os companheiros?	Boas	8	-	-
Em que gostaria que melhorassem?	Está bem	4	+ Ativ.	4
5.8 - Situações de grupo				
Como se comporta numa situação de grupo?	Bem	7	Normal	1
Fala normalmente numa situação de grupo?	Sim	8	Não	0
5.9 - Iniciativa de interações sociais				
Tem dificuldades em iniciar conversas?	Sim	0	Não	6
E em mantê-las?	Sim	1	Não	2
Grau de ansiedade antes iniciar uma conversa (1-10)?		Total do grupo 29 - Média = 3,62		
5.10 - Expressão de opiniões?				
Costuma expressar as suas opiniões?	Sim	7	Não	0
Normalmente os outros entendem o que lhes quer comunicar?	Sim	8	Não	0

Anexo XXV - Avaliação Individual

Intervenção em Grupo TCS

Os valores das respostas referem-se ao N° de Participantes

Nota: Os valores a preto são do Pré-teste; Os valores a vermelho são do Pós-teste

Comparação Pré-teste e Pós-teste

5 - Avaliação do funcionamento em áreas específicas									
5.1 - Relações com o mesmo sexo									
Quantos amigos íntimos têm?		Total 59 - média = 7,37 ----- Total 44 - Média = 5,50							
Tem muitos amigos?	Sim	6	6	Não	2	1	Não Sabe	0	1
Como são essas relações?	Boas	4	5	Normais	1	0	Não tem	3	3
É difícil conhecer pessoas novas?	Sim	4	2	Não	2	4	Não Sabe	2	2
5.2 - Relações com o sexo oposto									
Quantos amigos íntimos têm?		Total 14 - média = 1,75 ----- Total 5 – Média = 0,62							
Tem muitos outros amigos?	Sim	4	5	Não	3	3	Não Sabe	1	0
Como são essas relações?	Boas	4	2	Normais	1	2	Não tem	3	4
É difícil conhecer pessoas novas?	Sim	5	4	Não	2	3	Não Sabe	1	1
5.3 - Capacidade para expressar sentimentos pos. e neg. aos outros									
Tem dificuldades em expressar sentimentos positivos aos outros?	Sim	6	1	Não	1	6	Não Sabe	1	1
Como se sente ao expressar esses sentimentos?	Bem	4	7	Nada	1	0	Não Sabe	3	1
Como se comporta quando fazem com que se sinta aborrecido?	N/liga	3	3	Sai	3	3	Zangado	2	2
Expressa normalmente os seus sentimentos aos outros?	Sim	1	3	Não	7	4	Às vezes	0	1
5.4 - Lidar com críticas									
É frequentemente criticado?	Sim	1	3	Não	6	4	Não Sabe	1	1
Fica muito afetado com as críticas?	Sim	4	4	Não	3	4	Não Sabe	3	0
5.5 - Fazer e recusar pedidos									
Pode, sem dificuldade, pedir favores aos outros?	Sim	3	3	Não	5	4	Às vezes	0	1
Há situações em que lhe é muito difícil pedir favores?	Sim	5	4	Não	3	4	Às vezes	0	1
5.6 - Fazer e receber elogios									
Tem problemas para fazer elogios a outra pessoa?	Sim	1	1	Não	5	7	Não Sabe	2	0
E para mostrar apreço a alguém que lhe tenha feito algo?	Sim	0	0	Não	8	7	Às vezes	0	1
Como reage a um elogio?	Bem	7	8	Mal	0	0	Não sabe	1	0
5.7 - Interação com os companheiros no Lar?									
Como são as suas relações com os companheiros?	Boas	7	8	Normais	0	0	Não sabe	1	0
Em que gostaria que melhorassem?	Está bem	4	4	+Ativ.	3	4	Não sabe	1	0
5.8 - Situações de grupo									
Como se comporta numa situação de grupo?	Bem	5	7	Normal	2	1	Mal	1	0
Fala normalmente numa situação de grupo?	Sim	4	8	Não	4	0	Depende	0	0
5.9 - Iniciativa de interações sociais									
Tem dificuldades em iniciar conversas?	Sim	4	0	Não	2	6	Às vezes	2	2
E em mantê-las?	Sim	4	1	Não	2	2	Às vezes	2	5
Grau de ansiedade antes iniciar uma conversa (1-10)?		Total 48 - Média = 6 ----- Total 29 - Média = 3,62							
5.10 - Expressão de opiniões?									
Costuma expressar as suas opiniões?	Sim	3	7	Não	1	0	Às vezes	4	1
Normalmente os outros entendem o que lhes quer comunicar?	Sim	7	8	Não	1	0	Às vezes	0	0

ANEXO XXVI

Fundamentação Teórica do Treino Assertivo

ANEXO XXVI

Fundamentação Teórica do Treino Assertivo

A assertividade é um comportamento que habilita o indivíduo a agir no seu interesse, defender-se sem ansiedade excessiva, expressar os seus sentimentos de forma honesta e adequada, fazer valer os seus direitos sem negar os dos outros (Alberti & Emmos, 1973; cit in Matos, 1997). No entanto, nem todos os comportamentos são assertivos, Alberti e Emmos, (1973) diferenciam três tipos de comportamentos: passivos/inibidos, agressivos e assertivos.

Comportamento passivo/inibido

No indivíduo passivo, observa-se uma falta de respeito pelas suas próprias necessidades, pelos seus direitos, inibe a expressão de seus sentimentos, sente-se incapaz de manifestar as suas opiniões, tem dificuldades em tomar decisões, em dizer “não”, em realizar o que pretende, desvaloriza-se, tem uma atitude geral de submissão e sente culpa ou raiva, o que o impede de atingir seus objetivos, assim como falta de respeito pelos outros na medida em que não os considera capazes de aceitar a sua individualidade. Entre outros aspectos, verifica-se contacto visual evasivo, gestos nervosos, linguagem hesitante com bastantes pausas. Este conjunto de comportamentos evidencia ansiedade, reduzindo o impacto da mensagem que tenta transmitir verbalmente. Consequência da atitude passiva: desenvolve ressentimentos e rancores porque, sente que tem sido explorado e diminuído ao longo da sua vida; estabelece uma má comunicação com os outros porque não se afirma e raramente se manifesta; os outros não conhecem os seus desejos, interesses e necessidades; perde o respeito por si próprio, porque faz frequentemente coisas que não lhe agradam muito, por não conseguir recusar ou ter medo de desagradar os outros. Este tipo de comportamento causa muito sofrimento à pessoa (Alberti & Emmons, 1973).

Comportamento agressivo

No indivíduo agressivo verifica-se uma violação dos direitos dos outros. Ignora e desvaloriza de forma sistemática o que os outros dizem ou sentem, tem uma atitude geral de dominância, não reconhece os seus erros, fala alto, interrompe quem fala e faz afirmações que impedem os outros de se sentir bem consigo mesmo. Valoriza-se à custa dos outros, atinge os seus objetivos depreciando os outros, criando situações *stressantes*. Verifica-se um contacto visual dominador, tom de voz estridente, assim como, uma proximidade corporal exagerada, entre outros aspectos. Consequências da atitude agressiva: dificuldade em estabelecer relações positivas e íntimas; dificuldades em estabelecer relações de respeito e

confiança; enfraquecimento dos relacionamentos; aumento de tensões e probabilidade de conflitos nas relações sociais. (Alberti & Emmons, 1973).

Comportamento assertivo

O indivíduo assertivo é capaz de exprimir o mais diretamente possível o que pensa, o que quer, o que deseja e faz valer os seus direitos, sem impedir os direitos dos outros. Apresenta comportamentos e atitudes adequadas para o local e o momento, sublinhando que a regulação do comportamento social, não deve confundir-se com submissão a padrões ou regras, mas com a sua adequação às circunstâncias sociais, favorecendo, uma dinâmica de relacionamento interpessoal. Ele favorece a obtenção dos objetivos, proporciona no outro um sentimento positivo em relação a si, e existe menor probabilidade de gerar *stress* em si e nos outros. No comportamento assertivo o aspeto não-verbal está de acordo com o verbal, dando-lhe suporte, verificando-se uma linguagem fluente, contacto visual firme mas não excessivo. Consequências do comportamento assertivo: sentimentos positivos e respeito pelos outros; aumento de autoconfiança; promoção dos relacionamentos interpessoais; cativam a admiração dos outros; reduzem tensões e mal-entendidos nas relações sociais; diminuem a probabilidade de conflitos e alcançam os objetivos desejados (Salter, 1949; cit in Matos, 1998).

Treino Assertivo

Com o treino assertivo pretende-se que os indivíduos modifiquem o seu comportamento através de: desenvolvimento de um conjunto de respostas assertivas, a serem utilizadas nas mais diversas situações e contextos; reconhecimento de respostas inibidas e agressivas; valorização dos seus direitos e dos direitos dos outros; reconhecimento e modificação de pensamentos irracionais frequentemente adotados em situações específicas; diminuição da ansiedade e aumento da auto-confiança em situações ou contextos que exijam comportamentos assertivos; estimulação da assertividade nas pessoas com quem se relacionam. No treino assertivo abordam-se aspetos como: saber cumprimentar; fazer ou recusar pedidos difíceis; fazer e receber elogios; exprimir desacordo; defender uma opinião; convencer alguém; defender um direito; lidar com a injustiça; lidar com a recusa (Alberti & Emmons, 1973).

ANEXO XXVII

Questionário de avaliação de satisfação-QAS - 363-A
Da
Ação de Sensibilização

Questionário de Avaliação de Satisfação

Mod.363/A

Pág.
142/146

O presente questionário pretende medir o grau de satisfação em relação à **Ação: Comunicação Assertiva: a arte de se comunicar eficazmente**.

O questionário é **anónimo** e todas as informações dadas serão rigorosamente confidenciais.

Apreciação global da **Ação** (coloque um **X** na opção que corresponde à sua escolha):

	Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	N/ se Aplica
Ficou satisfeito com a ação?					
Ficou satisfeito com a duração?					
Ficou satisfeito com os conteúdos apresentados?					
Adquiriu novos conhecimentos?					
Foi importante para a sua vida diária?					

1. Apreciação global do Formador/Dinamizador (coloque um **X** na opção que

	Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	N/ se Aplica
Pontualidade.					
Clareza na exposição dos temas.					
Conhecimento dos temas apresentados.					
Disponibilidade para esclarecer dúvidas.					
Incentivo à participação.					
Apreciação global do formador/dinamizador.					

2. Apreciação global da Organização da Ação (coloque um **X** na opção que

	Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	N/ se Aplica
Qualidade das instalações (espaço, iluminação, comodidade, etc.).					
Documentação fornecida.					
Equipamentos de apoio (projektor, etc.).					

3. Outras questões (coloque um **X** na opção que corresponde à sua escolha):

	Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	N/ se Aplica

Recomendaria esta ação a um colega? Sim ☐

Não ☐

Deixe o seu comentário ou sugestão:

Data: 05/06/2015

Muito obrigada pela sua colaboração.

ANEXO XXVIII

Descrição da Ação de Sensibilização

ANEXO XXVIII

Descrição da Sessão da Ação de Sensibilização

A ação de sensibilização iniciou com uma dinâmica, de role-play dos formadores, promovendo um diálogo onde, um interpretou o comportamento agressivo e o outro o comportamento passivo. Posteriormente apresentaram-se os objetivos e a pertinência da intervenção. Nesse sentido, foram expostas situações, inerentes ao trabalho nas instituições, que provocam stress. Isto permitiu que os formandos se identificassem e, dessa forma, sentissem maior empatia e compreensão relativamente à formação. Na etapa seguinte, deu-se início à psicoeducação, definido os tipos de comportamento, agressivo, passivo e assertivo, Neste âmbito, pediram-se três voluntárias para fazer um role-play, sobre uma situação problemática (fictícia) ocorrida no centro infantil, assumindo cada uma, um tipo de comportamento. Demonstrou-se que o comportamento assertivo promove o bem-estar dos indivíduos e previne o *stress*. Ocorreu uma pequena discussão e reflexão, sobre os recursos pessoais, que os formando utilizavam na prevenção do stress, e a utilização de técnicas e práticas do treino assertivo.

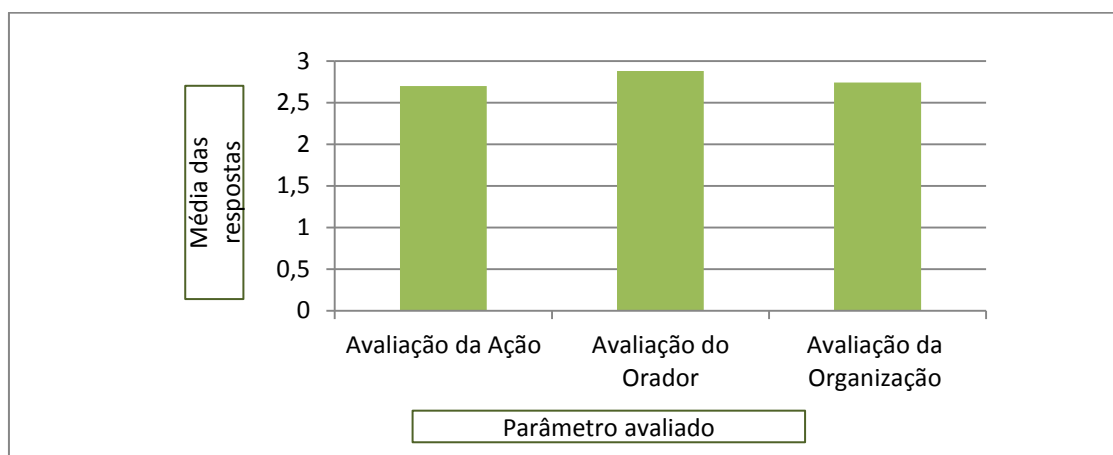
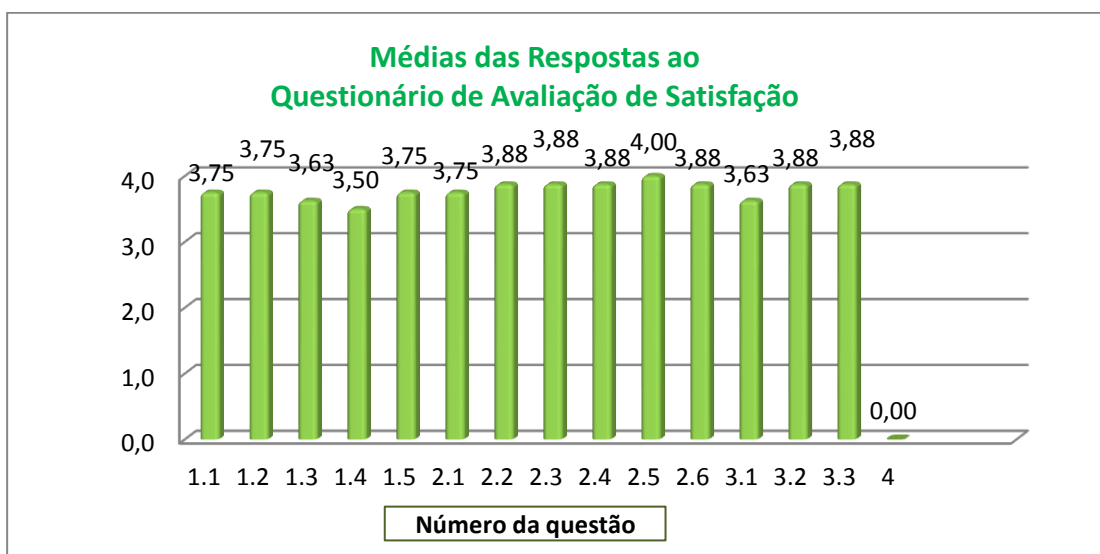
Recursos/Materiais: computador, projetor multimédia.

ANEXO XXIX

Avaliação da Ação de Sensibilização

ANEXO XXIX

Avaliação da Ação de Sensibilização



	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	3.1	3.2	3.3	4	
1	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	
4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
6	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
7	3	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	2	3	3	3	
	3,75	3,63	3,50	3,75	3,75	3,88	3,88	3,88	3,88	4,00	3,88	3,63	3,88	3,88	#DIV/0!	